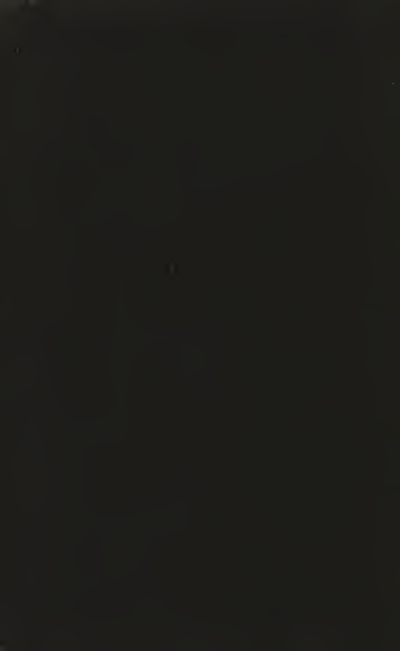
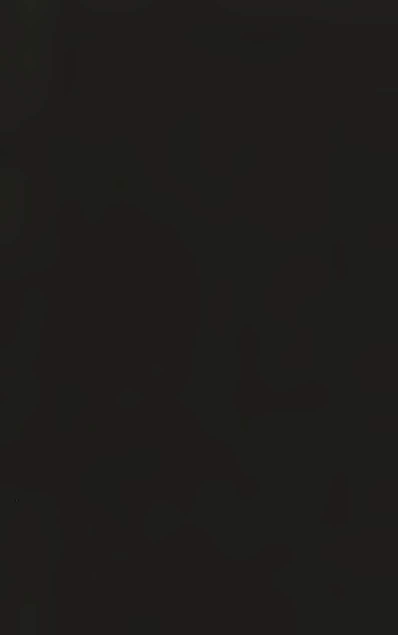
Bibliothèque Médicale
Charcot-Debove

Dr L. Poisson

Adénopathies tuberculeuses





BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

FONDÉE PAR MM.

J.-M. CHARCOT | G.-M. DEBOVE

ET DIRIGÉE PAR M.

G.-M. DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE CHARCOT-DEBOVE

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION

V. Hanot. — La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. Debove et **Courtois-Suffit.** — Traitement des pleurésies purulentes.
J. Comby. — Le Rachitisme.
Ch. Talamon. — Appendicite et Pérityphlite.
G.-M. Debove et **Rémond** (de Metz). — Lavage de l'estomac.
J. Seglas. — Les Troubles du langage chez les aliénés.
A. Sallard. — Les Amygdalites aigues.
L. Dreyfus-Brissac et **I. Bruhl.** — Phtisie aigue.
P. Sollier. — Les Troubles de la mémoire.
De Sinety. — De la Stérilité chez la femme et de son traitement.
G.-M. Debove et **J. Renault.** — Ulcère de l'estomac.
G. Daremberg. — Traitement de la phtisie pulmonaire. 2 vol.
Ch. Luzet. — La Chlorose.
E. Mosny. — Broncho-Pneumonie.
A. Mathieu. — Neurasthénie.
N. Gamaléïa. — Les Poisons bactériens.
H. Bourges. — La Diphtérie.
Paul Blocq. — Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. Yvon. — Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 vol.
L. Galliard. — Le Pneumothorax.
E. Trouessart. — La Thérapeutique antiseptique.
Juhel-Rénoy. — Traitement de la fièvre tiphoïde.
J. Gasser. — Les Causes de la fièvre typhoïde.
G. Patein. — Les Purgatifs.
A. Auvard et **E. Caubet.** — Anesthésie chirurgicale et obstétricale.
L. Catrin. — Le Paludisme chronique.
Labadie-Lagrave. — Pathogénie et traitement des Néphrites et du mal de Bright.
E. Ozenne. — Les Hémorroïdes.
Pierre Janet. — Etat mental des hystériques. — Les stigmates mentaux.
H. Luc. — Les Névropathies laryngées.
R. du Castel. — Tuberculoses cutanées.
J. Comby. — Les Oreillons.
Chambard. — Les Morphinomanes.
J. Arnould. — La Désinfection publique.
Achalme. — Érysipèle.
P. Boulloche. — Les Angines a fausses membranes.
E. Lecorché. — Traitement du diabète sucré.

Barbier. — La Rougeole.
M. Boulay. — Pneumonie lobaire aigue. 2 vol.
A. Sallard. — Hypertrophie des amygdales.
Richardière. — La Coqueluche.
G. André. — Hypertrophie du cœur.
E. Barié. — Bruit de souffle et bruit de galop.
L. Gaillard. — Le Choléra.
Polin et **Labit.** — Hygiène alimentaire.
Boiffin. — Tumeurs fibreuses de l'utérus.
E. Rondot. — Le Régime lacté.
Ménard. — Coxalgie tuberculeuse.
F. Verchère. — La Blennorrhagie chez la femme. 2 vol.
F. Legueu. — Chirurgie du rein et de l'uretère.
P. de Molènes. — Traitement des affections de la peau. 2 vol.
Ch. Monod et **J. Jayle.** — Cancer du sein.
P. Mauclaire. — Ostéomyélites de la croissance.
Blache. — Clinique et thérapeutique infantiles. 2 vol,
A. Reverdin (de Genève). — Antisepsie et Asepsie chirurgicales.
Louis Beurnier. — Les Varices.
G. André. — L'Insuffisance mitrale.
Guermonprez (de Lille) et **Bécue** (de Cassel). — Actinomycose.
P. Bonnier. — Vertige.
De Grandmaison. - La Variole.
A. Coutarde. — Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille.
J.-B. Duplaix. — Des Anévrysmes.
Ferrand. — Le Langage, la Parole et les Aphasies.
Paul Rodet et **C. Paul.** — Traitement du Lymphatisme.
H. Gillet. — Rythmes des bruits du cœur (physiologie et pathologie.)
Lecorché. — Traitement de la goutte.
J. Arnould. — La Stérilisation alimentaire.
Legrain. — Microscopie clinique.
A. Martha. — Endocardites aigues.
E. Perier. — Hygiène alimentaire des enfants.
J. Comby. — Empyème pulsatile.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

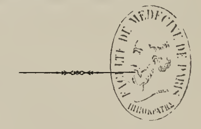
Pierre Achalme. — Immunité dans les maladies infectieuses.
L. Poisson. — Adénopathies tuberculeuses.
Laveran. — Des Hématozoaires chez l'homme et les animaux.
R. Blanchard. — Les vers du sang.
M. Bureau. — Les Aortites.
G. Martin. — Myopie, hypéropie, astigmatisme.
Mauclair et de **Bovis.** — Des angiomes.
J. Garel. — Rhinoscopie.
A. Robin. — Ruptures du cœur.
Magnan. — Les Dégénérés.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES

PAR

LE Dr LOUIS POISSON

Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes
Chirurgien de l'Hôpital marin de Pen-Bron
Membre correspondant de la Société de chirurgie



PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1895

INTRODUCTION

Une lésion tuberculeuse initiale peut s'éteindre sur place sans dépasser son point d'entrée; elle peut même, comme dans certain lupus *non exedens*, y vivre longtemps sans s'étendre aux ganglions; mais le fait est exceptionnel et ne se voit que dans quelques tuberculoses atténuées de la peau (Vallas).

Dans l'immense majorité des cas, à une lésion tuberculeuse, muqueuse, cutanée, viscérale, ostéo-articulaire, répond presque immédiatement la tuberculisation des ganglions correspondants.

Le fait peut être facilement constaté dans les inoculations expérimentales ou dans la tuberculose par inoculation accidentelle.

Cependant l'adénopathie peut être tardive, ou tout au moins le ganglion peut mettre un certain temps à prendre un volume qui le rend appréciable à l'exploration.

Les bacilles tuberculeux qui ont généralement

traversé sans les altérer les vaisseaux lymphatiques subissent dans les ganglions un moment d'arrêt. Ils peuvent y rester longtemps à l'état latent et y persister de longues années alors même que la lésion initiale est cicatrisée. Ils peuvent s'y éteindre complètement sous l'influence d'un travail intra et périganglionnaire de sclérose, et cette heureuse issue n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit au premier abord.

Mais si le ganglion est un organe d'arrêt, il est aussi un excellent milieu de culture. La tuberculose, quand l'organisme ne suffit pas à une sclérose, y trouve des conditions favorables à son développement; les bacilles y pullulent et provoquent leurs réactions ordinaires au contact de nos tissus; le ganglion devient caséeux, se ramollit et suppure.

A ces phénomènes peut encore succéder la guérison complète si l'organisme réagit suffisamment et arrive à cicatriser les ganglions évacués ou devenus caséeux. Mais la tuberculose franchissant cette barrière peut du ganglion s'étendre aux ganglions voisins, de là aux viscères, ou même se généraliser à tout l'organisme.

On trouve donc partout l'adénopathie comme tuberculose intermédiaire, et le rôle que joue le système lymphatique dans la marche envahissante du bacille est prépondérant.

Si dans beaucoup d'adénopathies la tuberculose paraît atténuée, elle n'en est pas moins susceptible de retrouver au contact d'autres tissus toute sa virulence; l'association de bactéries différentes ou l'affaiblissement accidentel de l'organisme produisent le même effet.

La constitution dite scrofuleuse ou même simplement lymphatique prédispose à l'adénopathie parce qu'elle crée des voies d'entrée multiples aux bacilles et que d'autre part le système lymphatique chez le scrofuleux jouit d'une suractivité absorbante considérable. Mais en revanche les ganglions chez le scrofuleux jouent sérieusement leur rôle d'organe d'arrêt, et pendant longtemps chez lui la tuberculose n'a pour théâtre que les ganglions infectés. De plus elle y évolue avec des allures spéciales d'indolence; mais ce serait une erreur de croire que l'adénopathie tuberculeuse n'existe que chez le scrofuleux : elle se produit aussi chez des adultes que rien dans leur aspect, leurs antécédents ancestraux ou personnels, leurs affections antérieures, ne désigne comme scrofuleux. — Chez ceux-là l'adénopathie paraît plus grave, la marche de la tuberculose plus rapide et la généralisation plus fréquente. Il a suffi pour la produire d'un germe contage déposé dans de bonnes conditions d'inoculation et de virulence.

Tous les ganglions peuvent être atteints de tuberculose.

Mais les adénopathies trachéo-bronchiques et mésentériques sont du domaine médical. Nous ne les laisserons pas complètement de côté, puisque leur histoire est intimement confondue avec celle des adénopathies externes et n'en diffère pas sensiblement; mais leur étude complète trouve ailleurs beaucoup mieux sa place :

Celle des adénopathies trachéo-bronchiques, avec la phtisie pulmonaire;

Celle des adénopathies mésentériques, avec les altérations tuberculeuses de l'intestin.

Nous nous attacherons donc tout particulièrement aux adénopathies tuberculeuses externes, chirurgicales, aux adénopathies cervicales, axillaires, inguinales.

Nous sommes loin d'être fixé sur beaucoup de points de ce chapitre de pathologie, et nos efforts n'ont eu pour but que de résumer les travaux récents qui ont été publiés à ce sujet.

Ce travail n'est qu'une simple mise au point, un exposé succinct de l'état actuel de la question.

SYNONYMIE

Χοιράς, χοιράδος (qui tient du porc), dans Hippocrate et les auteurs grecs.

Struma, de *struo*, j'amasse, et **scrofula** de *scrofa*, truie, par analogie avec les tumeurs ganglionnaires dont les porcs sont atteints. Ces deux expressions sont employées par les auteurs latins; nous en avons fait *strume* et *scrofule* qui s'appliquent plutôt à la diathèse; *scrofules* qui s'applique à la manifestation adénopathique, et les adjectifs *strumeux* et *scrofuleux*.

Écrouelles. — Vieux mot français conservé jusqu'à nos jours; il vient d'une transformation du mot *scrofellæ*, transformation elle-même en bas-latin du mot *scrofula*. (Littré.)

Humeurs froides. — Expression ancienne destinée à rappeler l'allure indolente des abcès ganglionnaires.

Ces expressions anciennes ont été remplacées par les synonymes suivants, qu'on retrouve dans les auteurs modernes :

Tuberculose ganglionnaire;
Bacillose ganglionnaire;
Adénopathies bacillaires;
Adénopathies scrofulo-tuberculeuses;
Adéno-tuberculose;
Gangliophymie;
Ganglionnies et gangliites tuberculeuses;

Lymphomes hyperplasiques tuberculeux (auteurs allemands).

L'épithète *scrofuleuse* est souvent, par une habitude vicieuse, attribuée au mot adénopathie par les auteurs mêmes qui ne reconnaissent que des adénopathies tuberculeuses.

ADÉNOPATHIES
TUBERCULEUSES

HISTORIQUE

1° Période ancienne des scrofules, des temps les plus reculés à Laënnec et Bayle. — L'écrouelle est l'accident type, la signature de la scrofule.

2° Période moderne, de Laënnec à Koch. — La scrofule et la tuberculose sont étudiées séparément dans les ganglions ; l'identité des lésions est soupçonnée, mais, en l'absence d'un critérium, personne n'ose affirmer l'identité dans tous les cas.

3° Période contemporaine, depuis Koch. — L'adénopathie scrofuleuse n'est plus qu'une adénopathie tuberculeuse variant d'aspect suivant la virulence du germe et suivant le terrain où ce germe évolue.

L'adénopathie cervicale était pour les anciens l'accident fondamental, l'accident unique de ce qu'on désignait sous le nom de scrofule.

De la scrofule, en d'autres termes, Hippocrate, Galien et Celse ne connaissaient que les écrouelles cervicales.

Ne nous attardons pas aux explications humoristes de ces époques lointaines : concrétions sanguines ou purulentes, dépôt de matière froide et pituitaire ; elles n'ont aucun intérêt.

Il faut arriver à Aselli, Bonet, Astruc, Morgagni,

pour voir apparaître avec la découverte du système lymphatique l'idée de localisation de la maladie dans les ganglions nouvellement découverts.

A cette époque on comprend déjà que la maladie n'est pas toujours limitée aux ganglions du cou (*morbus colli pessimus* d'Hippocrate), mais qu'elle peut s'étendre à tout le système lymphatique.

En 1749 trois mémoires de Faure, Charmetton, Bordeu répondirent à cette question posée par l'Académie de chirurgie : « Déterminer les caractères des tumeurs scrofuleuses, leurs signes, leurs causes. »

Ce sont les trois premières monographies que nous possédions sur ce sujet. Elles sont riches en faits sur l'étiologie grossière et sur la marche des adénopathies, mais ne contiennent, bien entendu, rien de scientifique sur la nature vraie de cette affection. Tous ces auteurs, obéissant aux préjugés des siècles passés, considèrent les écrouelles comme très contagieuses.

Lalouette, dans un mémoire très bien fait, ajoute au domaine de la scrofule les affections de la peau et du cuir chevelu ; il marque ainsi le premier pas dans cette voie, qui fit jusqu'à la période contemporaine rattacher à une diathèse vague tant d'affections disparates.

Le génie de Bichat entrevoit la vérité, et pour lui la scrofule et le tubercule ne font qu'un. Il formule cette loi pathologique qui restera désormais acquise : « Les ganglions lymphatiques extérieurs reflètent les phénomènes qui se passent à la surface de la peau et des muqueuses. »

Il y a vingt ans, dans le même ordre d'idées, Parrot affirmait que les adénopathies tuberculeuses profondes du mésentère et du mediastin étaient toujours

similaires de lésions tuberculeuses viscérales (Parrot, Hervouet, Baréty). Pour les anciens au contraire, le carreau et la phtisie bronchique étaient une affection essentielle, une tuberculose primitive, sinon toujours, au moins dans beaucoup de cas.

L'idée de tuberculose des ganglions sous l'influence des travaux de Laënnec et de Bayle fait peu à peu son chemin, mais n'est point acceptée sans restriction par les auteurs, qui semblent comme à regret voir la scrofule reculer au second plan.

Laënnec déclare que la tuberculose peut commencer par les ganglions mésentériques ou cervicaux et les viscères n'être atteints que consécutivement.

Lebert ne recule pas devant cette assertion, hardie pour l'époque (1849) : « Les maladies glandulaires sont bien plus souvent de nature tuberculeuse qu'inflammatoire ou hypertrophique. »

L'article de Guersant dans le Dictionnaire en 30 volumes donne assez bien la note de l'opinion au sujet des adénopathies vers le milieu de notre siècle :

L'adénite scrofuleuse, dit-il, doit être désormais considérée comme une forme de la tuberculose générale; nous aurions donc dû ne pas comprendre l'adénite externe dans le tableau des altérations morbides scrofuleuses, et renvoyer cette maladie à l'histoire des affections tuberculeuses en général; mais, l'adénite externe ayant été si longtemps considérée comme le type de la scrofule, nous n'avons pas cru pouvoir l'éliminer ainsi du cadre nosologique dans lequel elle est placée depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours.

L'idée de la tuberculose locale commença par les adénopathies, car, en l'absence de moyens de contrôle

ne pouvant s'appuyer que sur des apparences extérieures, les médecins de cette époque méconnaissaient presque toutes les autres manifestations externes de la tuberculose.

Si le type de la scrofule, continue Guersant, n'est plus qu'une affection tuberculeuse, il n'y a donc plus de scrofule? A quoi bon conserver ce nom? Il faut le rayer de la liste des maladies; mais il faut observer que l'adénite strumeuse est la seule forme de la scrofule dans laquelle on retrouve constamment des tubercules : on n'en rencontre pas dans les divers abcès tuberculeux; on n'en trouve pas non plus dans la plupart des arthrites scrofuleuses, et les tubercules des os ne sont pas à beaucoup près aussi constants que les ostéites scrofuleuses. Il serait donc très peu rationnel, comme le proposent les jeunes écrivains qui n'ont entrevu la maladie que sous une de ses faces, de la rayer complètement du cadre nosologique et de la considérer comme une simple affection tuberculeuse.

En 1865, Villemin établit la virulence des produits de la tuberculose en inoculant l'affection à des animaux, et par là même l'unicité des lésions, mais il n'arrive point à démontrer d'une façon irréfutable la nature tuberculeuse des adénopathies.

En 1871 Schüppel démontre l'existence des granulations grises dans les ganglions; la granulation grise passait alors pour la caractéristique de la tuberculose, mais elle ne devait pas tarder à devenir suspecte elle-même, et H. Martin devait bientôt affirmer qu'elle n'était que le résultat de l'inflammation produite par un agent infectieux agissant à la manière d'un corps étranger.

Sur ces entrefaites, Cohnheim constate que le caséum des adénopathies lui donne toujours des résultats

affirmatifs et reproduit constamment le tubercule par inoculation.

En 1880 et 1881, Colas confirme ce fait par ses expériences.

En 1879, H. Martin préconise les inoculations en séries qui permettent de distinguer les vraies et les fausses tuberculoses.

Thaon, dans sa thèse en 1873, croit l'adénite caséeuse tuberculeuse, mais admet qu'elle diffère au point de vue histologique, et le professeur Cornil combat en 1877, au nom de l'anatomie pathologique, cette assimilation complète de la scrofule et de la tuberculose :

L'altération scrofuleuse des ganglions est consécutive à une lésion irritative chronique des muqueuses et des téguments chez un sujet prédisposé. Elle consiste essentiellement dans une inflammation chronique du tissu conjonctif et des cellules lymphatiques, dans l'épaississement fibreux et la formation de bandes de tissu conjonctif qui parcourent le ganglion en dissociant et en isolant des îlots de tissu réticulé dont le reticulum et les cellules sont eux-mêmes altérés. Consécutivement à ce processus très lent, la circulation se ralentit et se supprime dans les îlots, qui deviennent caséeux. L'état caséeux et l'induration scléreuse sont les derniers termes de l'évolution de la lésion.

Il n'accepte point l'assimilation, et il ajoute plus loin :

Il est certain que les tubercules et les écrouelles ganglionnaires ont entre elles un air de parenté par la dégénérescence caséeuse qui est leur stade ultime et commun et par la facilité que possèdent les petites cellules du nodule tuberculeux, aussi bien que les grandes cellules lymphatiques de l'ilot strumeux, à cesser de vivre et à devenir granuleuses; mais le début de la lésion et sa période d'état

suffisent à établir une distinction anatomique. La distinction étiologique et clinique n'est pas moins nette.

— En résumé, dit Brissaud (1880, *Dictionn. encyclopédique*), si on passe en revue les opinions des auteurs sur la nature de la scrofule, on constate que trois doctrines sont en présence :

La première établit une distinction profonde entre la scrofule et la tuberculose ;

La seconde tend à effacer la tuberculose et à la faire tenir dans la scrofule ;

La troisième nie l'existence de la scrofule et ne reconnaît que des affections tuberculeuses.

A notre avis, les opinions extrêmes qui contestent à la tuberculose ou à la scrofule leur existence propre, leur autonomie, ne peuvent être soutenues qu'à des points de vue étroits et exclusifs. Au contraire, en tenant compte de l'ensemble des caractères qui constituent une maladie : la lésion, les symptômes, d'une part; l'étiologie et l'évolution, d'autre part, il y a lieu de décrire séparément la scrofule et la tuberculose; et malgré leur étroite parenté, malgré les travaux récents faits au bénéfice de cette dernière, il faut décrire à part la scrofule, dont le domaine est encore assez vaste pour mériter une exploration attentive.

En 1881, Bouchard soupçonne l'existence de bactéries; en même temps, Toussaint et Klebs recherchent de leur côté les microbes du tubercule.

Dès ce moment les travaux de Thaon, Brissaud, Lannelongue, Charcot, etc., permettent d'établir que presque toutes les adénopathies sont tuberculeuses; mais beaucoup de bons esprits se refusent encore à rejeter complètement l'adénite scrofuleuse, le scrofulome, suivant un néologisme de Grancher.

Dans la plupart des ouvrages antérieurs à 1882, on décrit côte à côte, et avec des réserves au point de

vue de l'assimilation, une adénite scrofuleuse et une adénite tuberculeuse.

C'est le parti qu'adoptent Le Dentu et Longuet dans le *Dictionnaire de médecine pratique :*

Vu l'analogie des lésions anatomiques, disent-ils, et la conformité des symptômes que présentent la dégénérescence tuberculeuse et la dégénérescence scrofuleuse des ganglions lymphatiques, on peut se demander quelle utilité présente l'étude séparée de ces deux maladies. Beaucoup d'auteurs tendent à considérer la scrofule comme une manifestation secondaire ou plutôt comme une forme dégénérée de la tuberculose, et par conséquent admettent la fusion de ces deux entités morbides au point de vue anatomo-pathologique et descriptif; d'autres, au contraire, séparent nettement la tuberculose de la scrofule et en font deux diathèses absolument distinctes et ne voient entre elles que des points de contact. Ceux-ci décrivaient d'un côté l'adénite scrofuleuse et d'un autre l'adénite tuberculeuse. Ceux-là confondent ces deux genres d'adénites dans la même description.

Nous sommes très portés à suivre l'exemple de ces derniers; mais comme la science n'est point encore fixée à ce sujet, comme il n'existe encore aucune preuve manifeste de ce fait, nous suivons le courant en faisant un chapitre à part de la dégénérescence strumeuse, tout en indiquant la tendance que nous avons exprimée.

La preuve manifeste que tout le monde attendait avec impatience fut donnée en 1882 par Robert Koch, qui découvrit les bacilles de la tuberculose et réussit leur culture dans le sérum gélatineux.

Koch démontrait ainsi, deux fois sur trois, la présence des bacilles typiques dans les adénopathies. Schuchardt et Krause refaisaient les mêmes expériences plus démonstratives encore.

Il est des adénopathies où les bacilles échappent à l'examen histologique très attentif; mais cette recherche micrographique négative (Schuchardt, Fedor, Krause, Müller (de Göttingen) n'infirme point la doctrine d'identité désormais acquise. Là, en effet, où le microscope est négatif, l'inoculation donne des résultats en série qui lèvent tous les doutes.

La découverte du bacille ferme ainsi la vieille querelle entre la scrofule et la tuberculose dans leurs manifestations ganglionnaires. Nous avons désormais un critérium assuré : partout où il y aura bacille, il y aura tuberculose; ces bacilles pourront se cultiver en série et reproduire indéfiniment la tuberculose. Est-ce à dire que les inoculations de toutes les adénopathies donneront indifféremment les mêmes résultats? Évidemment non. En dehors même de degrés variables de virulence, il y aura différence dans le nombre des bacilles, etc. Suivant une foule de conditions, la tuberculose peut être atténuée au même titre que la syphilis, le tétanos, etc. Ces atténuations, sur lesquelles nous reviendrons, constituent une étude encore bien imparfaite, mais des plus intéressantes, puisqu'il y a peut-être dans cette voie le véritable moyen de la guérison de la tuberculose.

Ces atténuations n'infirment en rien l'idée de l'unité des lésions ganglionnaires, qui désormais ne semblent plus faire qu'une seule et même maladie à des degrés différents chez des sujets réagissant d'une façon différente.

En même temps que les adénopathies, les synovites fongueuses, les abcès froids ossifluents, le lupus, etc., quittent irrévocablement le domaine de la scrofule

pour devenir tuberculeux de par les bacilles qu'on y rencontre.

La scrofule ne reste plus que comme dénomination d'une certaine constitution physique et d'une aptitude spéciale qu'ont certains individus à se laisser envahir par la tuberculose, qui chez eux reste souvent à l'état de tuberculose locale.

ÉTIOLOGIE

Fréquence extrême des adénopathies tuberculeuses. — *Age.* Adénopathies tuberculeuses chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard. — *Siège.* Statistique de Pen-Bron. Statistique de Milton. — *Sexe.* Les adénopathies tuberculeuses plus communes chez les filles. — *Concomitances d'autres tuberculoses locales* fréquentes primitivement ou consécutivement. Statistiques. — *Hérédité.* La tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis, etc., se retrouvent souvent chez les ascendants des ganglionnaires. — *Contagion.* Elle joue un rôle prépondérant dans la production de l'adénopathie. L'écrouelleux n'est pas en pratique contagieux pour les autres enfants. — *Milieux.* Habitations humides et sans soleil. Prisons. Casernes. Littoral et îles de l'Océan. — *Irritations locales.* Causes localisatrices. — *Fièvres éruptives.* Scarlatine. Rougeole. Coqueluche. — *Races.* Elles fournissent toutes leur contingent à la tuberculose. — *Adénopathies primitives.* Elles n'existent pas théoriquement, mais elles paraissent fréquentes en clinique. Portes d'entrée difficiles à retrouver. — *Adénopathies secondaires.* Consécutives aux tuberculoses cutanées, muqueuses, ostéo-articulaires, viscérales. — *Adénopathies* micro-ganglionnaires. — *Grappes* et *masses* polyganglionnaires. — *Adénopathies suivant les régions.* Région cervicale. Région axillaire. Région inguinale. Région poplitée. Région clinique. Région rétropharyngienne, etc. — *Adénopathies mixtes.* Hybrides. — Association du bacille de la tuberculose et des bactéries de la suppuration. — Association de la syphilis et des adénopathies tuberculeuses. — Association du bacille de la tuberculose et du gonocoque. — Hybrides scrofulo-arthritiques.

Fréquence. — La fréquence de l'adénopathie tuberculeuse est extrême, puisqu'elle est sensiblement celle

de toutes les tuberculoses viscérales et locales réunies. On peut en effet considérer comme presque absolue cette loi : *Quand il y a tuberculose quelque part, il y en a aussi dans les ganglions lymphatiques.*

C'est ainsi que dans la phtisie pulmonaire les lésions tuberculeuses des ganglions bronchiques sont à peu près constantes; elles ne se traduisent pas toujours par des symptômes spéciaux, mais on les retrouve à l'autopsie. Il en est de même pour les adénopathies mésentériques dans la tuberculose intestinale; il en est de même dans les adénopathies secondaires aux tuberculoses locales, tumeurs blanches, ostéites, etc.

Mais cette fréquence n'est pas celle qui doit nous préoccuper : nous n'avons en vue que les adénopathies externes, et parmi elles celles qui paraissent primitives, ou plutôt celle qui domine la scène pathologique, l'écrouelle, qui a paru si longtemps une maladie spéciale et essentielle.

Sur 1 135 tuberculeux locaux admis à Pen-Bron, nous avons eu 245 adénopathies dans ces conditions.

Ce chiffre ne donne qu'une faible idée de la fréquence des écrouelles, qui rarement provoquent l'hospitalisation.

Cazin, pour son propre compte, a eu à soigner, de 1869 à 1882, 1482 enfants affectés de cette maladie, mais il a pu réunir une statistique de 3 407 écrouelleux dans les hôpitaux marins, qui n'ont pourtant qu'une date bien récente.

A Paris, dit le Dr Bergeron[1], la scrofule est la maladie

1. Bergeron, *Traitement de la scrofule par les bains de mer* 1868 (*Annales d'hygiène et de médecine légale.*)

qui domine chez les enfants de la classe pauvre, comme la phtisie chez les adultes. A ceux qui sur ce point pourraient avoir quelques doutes, il suffira d'assister à une seule consultation de nos hôpitaux pour être pleinement édifiés. Or des relevés officiels de l'Enfant-Jésus et de Saint-Eugénie il ressort que chaque année plus de 1 500 enfants se présentent dans ces deux hôpitaux pour y être admis au traitement interne ou externe.

En 1865, 1 065 scrofuleux se sont présentés aux Enfants-Malades.

1 219 sont venus à l'hôpital Sainte-Eugénie.

C'est en effet plus aux consultations des hôpitaux que dans les services hospitaliers eux-mêmes qu'on peut constater l'étendue du mal.

Volland[1], sur 2506 sujets de 7 à 24 ans, trouva des ganglions :

Dans 96 p. 100 des cas, de 7 à 9 ans;
Dans 91 p. 100 des cas, de 10 à 12 ans;
Dans 84 p. 100 des cas, de 13 à 15 ans;
Dans 69,7 p. 100 des cas, de 16 à 18 ans;
Dans 68,3 p. 100 des cas, de 19 à 21 ans.

Il faut admettre que la plupart de ces adénites étaient tuberculeuses. Sans doute beaucoup de ces ganglions auront disparu, mais les chiffres de Volland, qui paraissent très exagérés au premier abord, ne doivent pas être loin de la vérité. Qu'on renouvelle l'expérience, et l'on verra que l'enfant qui ne porte pas au cou quelque ganglion, je ne dis pas tuberculeux, mais hypertrophié et en imminence bacillaire, est la grande exception.

Mais ces hypertrophies ganglionnaires de l'enfance,

1. *Zeitsch. fur klin. Med.*, XXIII, p. 50.

destinées pour le plus grand nombre à disparaître ou tout au moins à rester stationnaires, sont-elles bacillaires?

Nous ne résistons pas au plaisir de citer ce passage de Legroux[1], qui exprime en si bons termes l'idée que nous nous faisons de ces hypertrophies ganglionnaires de l'enfance :

De tout temps, dit-il, les médecins ont été frappés de la fréquence et de la multiplicité des petits engorgements ganglionnaires que les enfants présentent au cou ou en d'autres points.

« Lymphatisme ! » a-t-on dit et répète-t-on encore.

Lymphatisme qui s'accuse à l'occasion de la dentition, ce qui est faux, ou des petites lésions de la gorge, de la langue, de la bouche ou de la peau. Et l'on compte sur les modifications favorables qu'une évolution bien conduite apportera dans le tempérament.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que tous en présentent de 10 à 20 mois jusqu'à 15 ou 16 ans. Si j'osais aller au bout de ma pensée, je dirais que tous les enfants, ou tout au moins ceux des faubourgs qui nous arrivent à l'hôpital, sont déjà et par ce fait tous plus que des candidats à la tuberculose.

Ils ne mouraient pas tous,
Mais tous étaient frappés.

Ce que disait La Fontaine de la peste, j'ai fort envie de le répéter pour la tuberculose. Quoi qu'il en soit, on n'accorde jusqu'à présent qu'une médiocre importance à ces engorgements multiples et de petit volume, et c'est là pour moi une erreur d'observation clinique. Leur importance me paraît au contraire considérable. Le plus souvent en raison de cette conception étiologique, le médecin néglige cette

1. Legroux, Congrès de la tuberculose, p. 401, 1888.

micro-polyadénopathie qui, le plus souvent, il faut le proclamer, disparaît avec l'âge, à ce point que beaucoup de ceux qui l'ont présentée jouissent ultérieurement d'une santé parfaite. On dit alors qu'ils ont changé leur tempérament lymphatique contre un tempérament sanguin ou nerveux.

Mais combien de fois observe-t-on que quelques-uns de ces ganglions indurés s'enflamment un beau jour, se gonflent et suppurent! Et dès lors on ne dit plus lymphatisme, on prononce le mot de scrofule.

Si, par suite d'une suppuration intarissable, des fistules s'établissent, s'il reste des écrouelles, des cicatrices indélébiles, on n'hésite plus à affirmer la scrofulo-tuberculose; et, de fait, beaucoup de ces écrouelleux présentent tôt ou tard une tuberculose osseuse, articulaire, cérébro-méningée, intestinale ou péritonéale, ou enfin pulmonaire.

Eh bien! je suis convaincu pour ma part, depuis que j'étudie la pathologie sur le terrain de l'enfance, que nous avons affaire là et dans tous ses degrés à l'adéno-tuberculeuse.

Le fait est accepté, démontré pour les ganglions autrefois dits scrofuleux, ceux qui suppurent ou se caséifient. Nous devons l'accepter aussi pour ces petits engorgements ganglionnaires multiples et disséminés dans les régions cervicales, axillaires et inguinales, sans oublier les régions sus-épitrochléennes et poplitées.

Si la preuve bactériologique n'est pas encore faite, elle le serait déjà s'il ne me répugnait dans un but expérimental de risquer de petites opérations pouvant devenir funestes à mes jeunes malades, d'ouvrir la porte plus béante à une infection tuberculeuse alors que la nature semble faire elle-même une thérapeutique si sûre dans beaucoup de cas; si, dis-je, la preuve expérimentale n'est pas encore faite, les preuves classiques et les constatations anatomo-pathologiques abondent dans le sens que je viens d'indiquer.

Cliniquement en effet ces hypertrophies ganglion-

naires peuvent suppurer au lieu de disparaître ; elles vont souvent concomitant avec d'autres tuberculoses locales ; on les retrouve chez les enfants qui meurent de méningite tuberculeuse, etc.

Anatomiquement, quand les enfants succombent à une maladie intercurrente, on trouve chez ces porteurs de micro-polyadénopathies d'autres ganglions viscéraux qui montrent bien la nature tuberculeuse de ces adénites bénignes en apparence.

Cette preuve bactériologique que Legroux regrettait de ne pas avoir a été faite depuis par Mirinescu [1].

Les expériences portent sur cinq cas, et les inoculations ont été faites sur le cobaye. Les deux premiers cobayes sont morts onze jours après l'inoculation, c'est-à-dire à une époque à laquelle l'animal ne succombe que lorsqu'on lui injecte une forte dose de culture virulente de bacilles. Les trois autres sont morts également de tuberculose, mais plus tardivement.

Les recherches histologiques ne laissent non plus aucun doute. Les bacilles, d'après Mirinescu, se rencontrent toujours très difficilement dans les ganglions caséo-scléreux ou scléreux où même ils peuvent marquer, plus facilement et plus nombreux dans les ganglions qui, à côté de tubercules crus, présentent des foyers caséeux plus ou moins grands, rarement dans les gros ganglions franchement caséeux, mais *toujours dans les ganglions qui paraissent sains à l'œil nu.* Ils sont peu nombreux et limités au foyer tuberculeux.

Pizzini [2] a voulu également savoir si les ganglions

1. Mirinescu, thèse de Paris 1890, *La polyadénite périphérique.*
2. Pizzini, *Zeit. fur klin. Med.*, XXI, p. 329.

lymphatiques des sujets non tuberculeux ayant succombé à une affection tout autre que la tuberculose ne pouvaient pas contenir des bacilles de la tuberculose.

Trente sujets ont fait l'objet de ces études.

La proportion des recherches positives a été de 42 p. 100. C'est-à-dire que douze fois sur trente inoculations, les résultats furent très affirmatifs et les cobayes succombèrent à la tuberculose.

Or, les ganglions qui paraissaient absolument sains en apparence provenaient de sujets ayant pour la plupart l'apparence d'une très belle santé et morts soit d'accidents traumatiques, soit de maladies aiguës.

Les ganglions mésentériques n'ont jamais paru tuberculeux; les ganglions péribronchiques au contraire ont donné le plus de résultats affirmatifs.

Ces expériences ont le plus grand intérêt et méritent d'être renouvelées; elles prouveraient l'ubiquité des bacilles tuberculeux, la possibilité de leur existence dans les ganglions lymphatiques sans qu'ils se manifestent par les lésions ordinaires de la tuberculose. Ces bacilles resteraient ainsi, conservant toute leur virulence, inoffensifs jusqu'au jour où, sous l'influence d'une association bactéridienne ou d'une moindre résistance de l'organisme, ils deviendraient actifs, se multiplieraient et seraient le point de départ des lésions tuberculeuses que nous connaissons.

Les conditions de résistance organique seraient donc prépondérantes et auraient bien plus d'importance prophylactique que les mesures prises pour éviter l'infection, et les causes secondaires qui permettent aux bacilles d'entrer en jeu auraient une influence plus considérable que la contagion elle-même.

La contagion, il ne faut pas se le dissimuler, doit être de tous les instants : chez les enfants, elle se fait par l'alimentation lactée (Legroux), sans parler de toutes les autres occasions de contage ; chez l'enfant du second âge et chez l'adulte, les causes d'infection se multiplient encore par le contact, les poussières, les viandes tuberculeuses, etc. Il semble impossible qu'arrivés à un certain âge nous n'ayons pas tous été contagionnés. Il est probable que nous l'avons presque tous été : les uns luttent si énergiquement que le bacille à peine introduit est détruit sur place ou dans les ganglions ; les autres laissent le bacille envahir leurs ganglions : il s'y cantonne inactif et ne peut aller plus loin, comme dans les observations de Panizzi ; les autres enfin, après une lutte plus ou moins prolongée, se laissent envahir et n'ont point la résistance organique suffisante pour tenir l'ennemi en respect.

L'infection cependant peut ne pas dépasser les ganglions ; les adénopathies se caséifient et suppurent. Tout n'est pas encore perdu et l'organisme peut être vainqueur sur ce terrain, témoin ces nombreux écrouelleux ou tuberculeux locaux qui guérissent pour toujours. Enfin dans beaucoup de cas cette première étape ganglionnaire est franchie sans coup férir, et le bacille, cantonné pendant un temps variable dans le système lymphatique, se fixe dans un viscère important, s'y multiplie, y évolue et donne lieu soit à une tuberculisation pulmonaire, soit à une méningite.

Sont-ce là de simples vues théoriques? Il est bien possible que les choses soient plus complexes que nous le pensons ; mais une pareille conception répond

bien à tous les besoins de la clinique et satisfait l'esprit.

La contagion ne serait plus l'exception mais la règle; l'hérédité ne serait plus qu'un défaut de résistance transmissible des parents aux enfants.

Quant à la scrofule, elle ne serait plus qu'une disposition du système lymphatique se laissant facilement envahir, mais opposant d'autre part une résistance assez vive à laisser le bacille dépasser ses limites, l'emprisonnant dans ses ganglions et y localisant la lutte.

La question de résistance variable suivant les espèces animales ne fait de doute pour personne.

La question de résistance dans l'espèce humaine est plus complexe, parce qu'elle dépend d'une foule de tares ou de conditions vitales individuelles.

Beaucoup de chirurgiens qui opèrent des tuberculoses locales ont contracté des tubercules dits anatomiques, mais qui ne sont en somme qu'une lésion d'inoculations tuberculeuses (Verneuil, Maisonneuve, etc.). J'en ai porté moi-même pendant trois mois un très manifeste à la partie interne de la main droite. Mauvais terrain de culture, paraît-il : mon organisme a détruit sur place le tubercule. Supposez d'autres conditions vitales et voilà la tuberculose installée dans les ganglions et de là envahissant toute l'économie, renouvelant la triste histoire dont M. Verneuil entretenait l'Académie en 1884.

Ces contagions frustes doivent être très fréquentes par les voies respiratoires ou digestives.

Nous ne rappelons ces faits que pour expliquer la fréquence des adénopathies tuberculeuses. Elles exis-

tent là où ne soupçonnait pas leur existence ; elles sont compatibles avec la meilleure santé apparente, mais n'en constituent pas moins un danger permanent de généralisation le jour où, sous des causes diverses, il y a déchéance de l'organisme ou introduction dans les ganglions de bactéries nouvelles.

On peut donc poser ces conclusions :

1° L'adénopathie tuberculeuse extrêmement fréquente atteste la très grande fréquence de la tuberculose chez l'homme, fréquence dont les tuberculoses constatées ne nous donnent pas une idée exacte ;

2° La question de résistance individuelle et, chez le même individu, de résistance momentanée domine toute l'étiologie, la marche, la gravité, les localisations de la tuberculose.

C'est la même pensée qu'exprime le professeur Bouchard[1] en parlant de la phtisie :

« En résumé, il y a deux parts à faire dans les causes de la phtisie :

« 1° La cause prochaine immédiate réside dans l'agent infectieux ;

« 2° La cause occasionnelle et déterminante réside dans l'aptitude morbide. »

« On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, toute l'importance de la seconde cause, puisque c'est à son défaut que les quatre cinquièmes de notre race doivent d'échapper à une maladie qui, si elle n'eût eu à mettre en œuvre que la première cause, en aurait depuis longtemps déjà fini avec l'espèce humaine. »

Age. — Les auteurs qui ont écrit sur les maladies

1. Bouchard, *Les microbes pathogènes*, p. 273.

des enfants (Rilliet et Barthez, Bouchut, Legendre, etc.) ne parlent de la tuberculose des enfants que pour en signaler la rareté dans le premier âge.

Sans parler de la tuberculose congénitale, qui ne nous intéresse qu'indirectement dans l'espèce, mais dont il existe des exemples très nets (Charrin, Berti, Jacobi, Birch-Hirchsfeld, Landouzy, H. Martin, Aviraguet, Sabouraud), il est positif que la tuberculose ganglionnaire peut se voir à un âge très peu avancé.

Pour en citer un exemple, Pascal[1] rapporte le fait d'un enfant de 17 jours, né d'une mère tuberculeuse dont le placenta était indemne, et qui portait dans l'aine un ganglion dont la bacillose a été constatée par les moyens classiques et notamment par des inoculations très affirmatives sur des cobayes.

Pour M. Lannelongue, l'enfant ne naît pas seulement tuberculisable, mais il a constaté chez des enfants en très bas âge (de 15 à 16 jours) des lésions si avancées qu'il était bien difficile de les expliquer autrement que par une infection durant la vie fœtale.

Engelnah[2] a publié une statistique portant sur l'examen bactériologique de 120 enfants morts à Saint-Pétersbourg et âgés de 5 jours à 8 mois. 14 furent trouvés tuberculeux, et à cet âge ce sont surtout les ganglions lymphatiques qui révèlent le bacille aussi souvent que les poumons.

La tuberculose ganglionnaire de la première enfance, dès les premiers temps de la vie, n'est donc pas rare, soit sous forme de tuberculose à gros ganglion, soit et surtout sous forme de micro-polyadénite généralisée.

1. Pascal, *Tuberculose du premier âge*, Thèse de Paris, 1892.
2. *Vratch*, 1892.

La fréquence de cette polyadénopathie, dit M. Legroux[1], n'a rien qui doive nous étonner si l'on réfléchit combien par la fragilité de leurs tissus de revêtement, combien par l'activité énorme et nécessaire à la croissance de leur circulation lymphatique et de ses bouches absorbantes, les enfants sont exposés à tout instant à la pénétration des bacilles répandus dans l'air ambiant, sur les objets qui les entourent et dans les aliments plus ou moins mal préparés, surtout dans le lait infect ou infecté dont on remplit si souvent les biberons qu'ils absorbent chaque jour.

Les autopsies de Babes, que nous citerons bientôt, confirment encore la fréquence des tuberculoses ganglionnaires chez les enfants.

Mais c'est de 8 à 20 ans, d'après Billroth et la plupart des auteurs, qu'existe la plus grande fréquence de l'adénopathie tuberculeuse à grosse glande, de l'adénopathie banale.

Elle devient plus rare dans l'âge adulte, mais elle est beaucoup plus commune de 50 à 60 ans qu'on ne se l'imaginait autrefois[2] (28 p. 100 des cas de 20 à 30 ans d'après Kocher).

Distinguons à ce point de vue les écrouelleux âgés mais ayant eu les mêmes accidents dans l'enfance et les écrouelleux paraissant frappés pour la première fois à un âge avancé.

Il y a une grande différence clinique et pronostique entre l'écrouelleux ayant dépassé 15 à 18 ans et l'écrouelleux enfant : nous y reviendrons.

Siège. — Voici notre statistique particulière :

Sur 245 adénopathies, nous avons eu :

10 adénopathies axillaires ;

1. *Loco citato.*
2. Bourdelais, Thèse Paris, 1876.

3 adénopathies inguinales;

10 adénopathies à la fois axillaires et cervicales;

222 adénopathies cervicales.

Sur ces 222 adénopathies cervicales:

21 fois les ganglions sous-maxillaires étaient les plus malades ou l'étaient uniquement;

5 fois il s'agissait de ganglions parotidiens.

4 fois de ganglions sus-hyoïdiens;

1 fois de ganglions géniens;

2 fois de ganglions sous-occipitaux;

1 fois de ganglion sous-hyoïdien;

2 fois de ganglions mastoïdiens;

186 fois les ganglions les plus atteints ou uniquement atteints étaient ceux de la chaîne carotidienne.

A titre d'exception, nous avons vu des ganglions tuberculeux épitrochléens ou poplités, mais ils accompagnaient toujours une autre lésion locale, tumeur blanche ou ostéite.

Sur 1 000 cas d'adénopathie, Milton[1] a trouvé 10 p. 100 d'adénopathies axillaires;

5 sur le nombre total d'adénopathies inguinales;

Les autres appartenaient à la chaîne carotidienne ou à la région sous-maxillaire.

Sexe. — Nous avons eu 78 garçons et 167 filles atteints d'adénopathies tuberculeuses : c'est à peu près la proportion de 2 à 3 qu'on trouve dans les autres statistiques. Ce résultat est dû soit à une prédominance véritable chez les filles par une moindre résistance organique ou le milieu confiné, soit à ce que l'hospitalisation des garçons se fait moins facilement.

1. Milton, *Saint-Thomas Hosp. Reports*, p. 211, 1890.

Concomitance d'autres tuberculoses locales. — Dans 84 cas sur 245 l'adénopathie tuberculeuse s'accompagnait d'autres tuberculoses locales.

Dans 43 cas il y avait une lésion incontestablement tuberculeuse : coxalgie, mal de Pott, ostéite.

Dans 41 cas il y avait une affection concomitante moins nettement tuberculeuse mais pouvant expliquer l'adénopathie : conjonctivite, blépharite, impétigo, eczéma de la face. Si nous ne signalons pas d'adénopathies coïncidant avec la tuberculose pulmonaire, c'est qu'on n'accepte pas à Pen-Bron d'enfants atteints de manifestations viscérales.

Hérédité. — Nous ne voulons point, à propos des adénopathies tuberculeuses, entrer dans la discussion toujours ouverte de l'hérédité directe ou indirecte ; de l'hérédité de graine ou de l'hérédité de terrain : — cette question grosse de difficultés trouve bien mieux sa place dans les études générales sur la tuberculose. Nous ne voulons que signaler ici les renseignements que nous donnent nos notes sur les antécédents des écrouelleux que nous avons soignés. Ces renseignements cadrent bien avec les idées que le professeur Bouchard professe sur l'hérédité en matière de tuberculose :

Si la phtisie, dit-il, est héréditaire, c'est bien moins par la transmission de l'agent infectieux que par la transmission d'un type nutritif vicié. Ce n'est pas la maladie qui est transmise par le générateur à l'engendré, ce n'est pas une survivance, mais de simples droits à sa survivance, que le père lègue à son enfant. Ce n'est pas la maladie mais bien le malade, si l'on peut ainsi dire, qui est héréditaire, en ce sens que l'enfant détient de son père cet ensemble de qualités physiques et chimiques condition-

nant la viciation organique et l'aptitude aux bradytrophies; la phtisie, en somme, paraît héréditaire de la même façon et au même titre que l'est la goutte, eu ce sens que l'enfant apporte avec lui les aptitudes organiques viciées de ses parents, à la faveur desquelles il pourra devenir goutteux[1].

Les états organiques ancestraux qui produiraient chez l'enfant cette déchéance organique, « cette faillite de l'économie », sont :

La syphilis, — alors même qu'elle n'a pas été transmise à l'enfant. La syphilis des conjoints ou d'un seul conjoint constitue un état de déchéance organique qui le rend plus apte à devenir ganglionnaire. — « Les syphilitiques engendrent des écrouelleux » est une croyance très ancienne, qui se justifie non dans les termes, mais dans les faits observés. — A côté de la fausse scrofule ganglionnaire des hérédo-syphilitiques nous trouvons à chaque instant des adénopathies tuberculeuses véritables se comportant comme telles cliniquement et anatomiquement. L'âge avancé des parents et leur débilité constitutionnelle rappellent la vieille formule de Fernel : « Senes et valetudinarii imbecilles filios vitiosa constitutione gignunt ». Les parents vieux ou malades ne transmettent point une maladie qu'ils n'ont point du reste, mais une constitution vicieuse, et c'est assez pour établir une connivence organique avec la tuberculose.

Mêmes réflexions pour l'alcoolisme, la misère, le cancer, etc.

Quand ces causes viennent se combiner entre elles, on arrive parfois à des résultats désastreux. Dans le

1. Bouchard, *Microbes pathogènes*, p. 271.

tableau très complet que nous a fait notre interne M. Morandeau nous trouvons par exemple :

« M. Léopold, 7 ans : père, 73 ans, alcoolique ;

« M[lle] Alice, 5 ans : mère morte à 65 ans, alcoolique.

« Tous les deux sont atteints de ganglions cervicaux suppurés ; ils ont un frère et une sœur également écrouelleux. »

La tuberculose chez les ascendants existerait 77,5 fois p. 100 d'après Brun.

Voici notre statistique particulière :

Sur 245 cas d'adénopathies tuberculeuses nous trouvons 65 fois le père ou la mère phtisiques. — Nous sommes loin de la proportion de Brun. — Il est vrai que 65 autres fois les antécédents n'ont pas été signalés. En admettant que dans tous ces cas il y avait tuberculose des parents, nous n'arriverions encore qu'au chiffre de 130 : c'est à peu près à 50 p. 100.

Fait à noter, nous ne trouvons qu'une dizaine de fois dans les antécédents héréditaires une tuberculose locale : coxalgie, adénopathie ; presque toujours il s'agit de la tuberculose pulmonaire.

Lebert, du reste, n'avait rencontré l'hérédité que chez un tiers de ses malades.

Contagion. — Quelque idée qu'on se fasse sur l'hérédité de la tuberculose, il faut bien admettre que l'adénopathie tuberculeuse est la plupart du temps le résultat d'un contage tuberculeux.

Les ganglions sont des organes d'arrêt sur le trajet des absorbants et des milieux de culture, « de bons tubes d'agar mis à une étuve bien réglée[1] ».

1. Marinescu.

Dans les ganglions on a trouvé :

La bactéridie charbonneuse;

Le bacille d'Eberth et Gaffky au cours de la fièvre typhoïde (Verneuil et Clado);

Les agents infectieux de la diphtérie dans les adénites cervicales (L. Thomas);

Les spirilles buccaux de la carie dentaire dans les adéno-phlegmons sous-maxillaires consécutifs.

On peut donc dire que la présence des bacilles de la tuberculose dans les ganglions secondaires est un fait aussi banal que celui des microbes de la suppuration dans les adéno-phlegmons.

Point n'est besoin de faire intervenir l'hérédité directe pour expliquer l'existence d'adénites cervicales par exemple. Nous verrons combien sont nombreuses les portes d'entrée qui peuvent produire l'adénopathie tuberculeuse secondaire.

Mais les écrouelleux sont-ils contagieux pour les gens qui les approchent, les soignent et vivent avec eux?

Un antique préjugé, dit Brissaud[1], qui pèse encore sur les malheureux affligés de la scrofule fait que jusqu'à la fin du siècle dernier cette maladie a été considérée comme essentiellement contagieuse. Hippocrate l'avait dit; Arétée, particulièrement sévère, avait affirmé qu'il était imprudent de converser avec les scrofuleux: il n'est donc pas étonnant que la Faculté de médecine consultée par le Parlement (celui de 1568) ait porté un jugement conforme. Si les motifs invoqués alors étaient fondés, la décision qui en fut la conséquence mérite l'approbation rétrospective de nos hygiénistes contemporains. Les xve et xvie siècles, en

1. Brissaud. *Dict. encylopédique*, art. *Scrofule*.

effet, marquent dans l'histoire pathologique de notre pays l'époque néfaste des lépreux, des pestiférés, des syphilitiques, impitoyablement chassés de tout lieu, comme les cagots du midi de la France, et il est vraisemblable que des surprises de diagnostic firent attribuer à la scrofule les caractères d'une maladie honteuse. En rendant ces erreurs moins dangereuses, le décret du Parlement ne fut peut-être pas trop rigoureux.

C'est probablement sous l'impression de ce préjugé ancien que les concurrents de 1749 admirent généralement la contagiosité des écrouelles : 1° à une certaine distance, 2° par une fréquentation plus ou moins intime, 3° par un contact plus ou moins immédiat (Charmetton).

Cette doctrine de la contagiosité ne survécut pas aux expériences d'Hébréard, médecin à Bicêtre, qui avait été précédé dans cette voie par Kortum.

Pelletier essaya d'inoculer la scrofule à des cochons d'Inde et n'y réussit pas ; à lui-même il inocula avec la lancette le pus de plusieurs enfants scrofuleux sans aucun résultat.

Cette non-contagiosité est donc acceptée par Guersant dans le Dictionnaire en 60 volumes.

Nous savons aujourd'hui de quelles précautions il faut s'entourer pour obtenir des résultats positifs dans l'inoculation, et nous ne comprenons plus la contagion comme les anciens.

Il est évident que la contagion d'enfant à enfant est un fait possible; mais il doit être extrêmement rare, car nous n'en trouvons pas d'exemple. Nous trouvons au contraire des faits d'auto-inoculation à distance sur le même enfant : c'est ainsi que Sevestre a soigné

un enfant atteint de tuberculoses cutanées papillo-crustacées. Ces tubercules, qui existaient à la face dorsale des deux mains, avaient suivi des gommes tuberculeuses ramollies et suppurées du cou. Il est probable, d'après lui, que ces lésions cutanées ont été le résultat d'inoculations directes, l'enfant ayant à maintes reprises frotté ses mains contre les ulcérations du cou. On a vu de même aux environs d'une adénopathie suppurée la peau présenter des points tuberculeux.

Milieux. — L'habitation a sur la production de l'adénopathie tuberculeuse une très grande influence. La plupart des enfants que nous avons interrogés habitaient des rez-de-chaussée humides et sans soleil. Nous avons vu des enfants jusqu'alors bien portants ne devenir écrouelleux qu'après un ou deux ans de séjour dans un logement malsain. Beaucoup de prisonniers deviennent écrouelleux par les mêmes raisons (Deligny[1], Broussais[2], de Beauvais[3], Bancel[4]). Certaines casernes ont été signalées par la fréquence des adénopathies qui s'y produisent.

L'alimentation défectueuse, le surmenage, les maladies débilitantes sont autant de causes indirectes : comme l'habitation malsaine, elles enlèvent à l'enfant ou à l'homme la résistance vitale qui lui est nécessaire pour lutter contre la bacillose. A défaut d'autres, nous aurions là encore une preuve de l'existence du bacille tuberculeux à l'état latent, compa-

1. Deligny, *Adénopathie cervicale des scrofuleux*. Paris, 1876.
2. Broussais, *Doctrines médicales*.
3 et 4. De Beauvais et Bancel ; Thèse de Quinquaud, p. 82.

tible avec une bonne santé et n'attendant qu'une déchéance organique pour produire des lésions.

Les vieux médecins qui ont exercé dans les ports de mer du temps de la marine à voile, alors que les voyages au long cours duraient dix-huit mois à deux ans, racontent que des marins partis en bonne santé apparente revenaient écrouelleux ; leurs écrouelles guérissaient avec une grande facilité quand ils retrouvaient à terre une bonne nourriture et une habitation saine. L'alimentation défectueuse par les viandes salées, la mauvaise qualité de l'eau, d'autres causes encore que ne suffisait point à atténuer le grand air de la mer, permettaient à la bacillose, résultat de contagions anciennes ou récentes, d'évoluer librement.

C'est par ces mêmes raisons de misères, de mauvaise hygiène ou d'antécédents ancestraux d'alcoolisme et de syphilis, que s'explique la fréquence des tuberculoses ganglionnaires dans certaines îles de l'Océan ou sur certains points du littoral.

L'air aseptique, chargé d'humidité marine, semblerait au premier abord devoir s'opposer à l'évolution de la tuberculose. Il en serait ainsi à Belle-Isle-en-Mer, d'après Calmette[1]; les tuberculoses cutanées et adénites, formes superficielles et peu virulentes, n'y existeraient point, et celles qui viendraient du continent seraient rapidement atténuées. Mais ce fait, que nous n'avons pas pu contrôler pour Belle-Isle, ne se vérifie pas à l'île d'Yeu et à l'île de Groix, qui sont au premier abord dans des conditions identiques. Le

1. *Congrès de la tuberculose*, 1889, p. 179.

Dr Gaboriau (de Groix) a bien voulu nous communiquer une note à ce sujet. Groix est située à 15 kilomètres au nord de Belle-Isle et possède 5 000 habitants. Les recherches faites à notre intention par Gaboriau ont amené la découverte d'environ 250 ganglionnaires suppurés ou non suppurés, en possession de fistules ou de cicatrices. Il connaît plusieurs familles où père, mère et enfants ont au cou des cicatrices plus ou moins apparentes. La maladie serait beaucoup plus commune chez les filles. Ici encore l'influence du climat marin est contre-balancée par d'autres conditions déplorables : les hommes sont presque tous alcooliques ou syphilitiques et les femmes issues de ces hommes, hystériques renforcées. De plus, les enfants sont tous nourris au lait de vaches, et ces vaches, privées de pâturages qui n'existent pas dans l'île et nourries d'une façon défectueuse, sont très souvent phtisiques. Dès les premiers temps de leur existence, les enfants sont assis à la table de famille et partagent la soupe au lard et les pommes de terre. La méningite tuberculeuse est remarquablement fréquente; la tuberculose osseuse, exceptionnelle à ce point que Gaboriau n'en a pas vu depuis deux ans. En revanche, il fait au point de vue de la phtisie la même observation que Calmette. « Les tuberculoses pulmonaires que j'ai eu occasion de soigner, m'écrit-il, paraissent résister beaucoup plus longtemps que celles que je soignais à Nantes : j'en ai vu qui avec les deux poumons en état de ramollissement presque complet ne présentaient pas cette consomption que j'avais l'habitude d'observer et pouvaient exister plusieurs mois, une année même, avec un excellent appétit. Je me souviens entre autres

d'une jeune fille dont les poumons n'étaient que cavernes et qui cependant croyait jouir d'une excellente santé.

« Il n'en est plus ainsi, ajoute-t-il, des tuberculeux du dehors qui viennent ici sous prétexte de respirer un air pur. J'en ai vu plusieurs qui étaient emportés avec une extrême rapidité. »

Les irritations locales. — Le col militaire chez les conscrits, la contusion chronique par le port du fusil, les traumatismes professionnels jouent le rôle de causes localisatrices, de même qu'après une inoculation de tuberculose chez l'animal on détermine une tumeur blanche en contusionnant une articulation (expériences de Max Schüller).

Les fièvres éruptives. — Rougeole, scarlatine, sont suivies quelquefois d'engorgements ganglionnaires et même de suppurations ganglionnaires.

Rilliet et Barthez estiment que, sur onze rougeoles primitives environ, il y en aurait une à la suite de laquelle se développeraient des tubercules. « Le plus ordinairement, disent-ils, la phtisie tuberculeuse suite de rougeole est générale; mais il existe presque constamment une prédominance de la tuberculisation ganglionnaire, surtout bronchique[1] .» Ils expliquent ces faits par l'irritation des bronches pour les ganglions bronchiques, et pour le nombre plus grand des tuberculisations générales « par une impulsion spéciale que donne à toute l'économie la fièvre éruptive; impulsion spéciale d'où résulte une modification intime et générale ».

1. Rillet et Barthez, t. II, *Maladies des enfants* : *Rougeole*.

Grisolle trouve cette proportion 1 pour 11 extrêmement exagérée, mais constate les engorgements ganglionnaires fréquents.

Grâce aux travaux de Babes et de Cornil, nous entrevoyons une explication beaucoup moins vague de ces complications scarlatineuses et rubéoliques.

Sur 14 cas de mort après la scarlatine, Babes a constaté dix fois une tuberculose des ganglions médiastinaux et bronchiques.

Dans tous ces cas, à côté du bacille de la tuberculose, on trouvait soit le streptococcus, soit le staphylococcus, soit des bacilles encore mal définis.

Dans la plupart des autopsies de pneumonies rubéoliques on trouve des ganglions bronchiques très hypertrophiés et tuberculeux.

On y constate à la fois, d'une part, la propagation lente du processus tuberculeux et, de l'autre, une invasion bien prononcée du streptococcus du pus dans les petites bronches.

Dans tous ces cas il y a donc probablement association bactéridienne, et dans les ganglions déjà tuberculeux à l'état latent, une pénétration de bactéries nouvelles qui en déterminent l'évolution rapide.

Pour ce qui est des adénopathies externes consécutives aux fièvres éruptives, on accepte volontiers l'idée d'un semblable mécanisme : des ganglions contenant quelques bacilles, ce que nous savons fréquent, évoluant vers l'état caséeux et la suppuration sous l'influence de nouveaux germes infectieux, notamment du streptococcus du pus.

La coqueluche est surtout suivie d'adénopathies trachéo-bronchiques.

Races. — Il serait intéressant d'avoir une statistique comparative des tuberculoses locales suivant les différentes races et les différents pays; mais nous n'avons aucun document précis et récent à ce sujet. Ch. Leroux cite d'après Bergeron une statistique déjà ancienne de Philipps :

En Angleterre, d'après cette statistique, le nombre des scrofuleux serait de 24 p. 100;

A Amsterdam, 25 p. 100;

A Munich, 33 p. 100;

A Berlin, 53 p. 100;

A Pétersbourg, 40 p. 100;

A Moscou, 8 p. 100.

De tels écarts s'expliquent mal, et nous n'attachons qu'une faible importance à ces chiffres.

Tout ce qu'on peut dire c'est que dans les pays froids et surtout humides, comme l'Écosse, la Bretagne, la Hollande, les humeurs froides sont plus fréquentes que dans les pays chauds et secs, l'Algérie, par exemple, ou le midi de la France.

L'influence des climats se fait surtout sentir sur les individus qui, habitués aux climats chauds et secs, sont transportés dans les pays humides et froids. Les Indiens ou les nègres transportés en Angleterre, par exemple, sont vite emportés par la tuberculose ou contractent des adénites tuberculeuses.

A un autre point de vue étiologique, les adénopathies tuberculeuses doivent être divisées en :

1° ADÉNOPATHIES PRIMITIVES

Si on n'a égard qu'à la clinique, les adénopathies primitives, celles qui semblent indépendantes de toute

lésion tuberculeuse antérieure, les adénopathies primitives d'emblée semblent les plus fréquentes.

Il est rare en effet qu'on puisse surprendre la lésion cutanée, muqueuse ou viscérale qui est la porte d'entrée de la tuberculose : elle a passé inaperçue au début ou elle est guérie quand on constate l'adénopathie qui se développe et paraît une affection primitive.

L'absence de la lymphangite, si ordinaire quand il s'agit d'adénite inflammatoire, vient encore en imposer ; elle est très rare en effet. L'agent infectieux qui s'arrête dans le ganglion circule dans le réseau lymphatique sans l'enflammer et sans l'altérer.

Mais l'expérimentation, la clinique, nos idées modernes sur le germe-contage démentent bien vite les apparences.

Le fait cité partout de Tcherning, dans lequel les ganglions axillaires furent pris à la suite d'une coupure par un crachoir de tuberculeux, et mille autres semblables dus à la clinique ou à l'expérimentation, montrent bien la source ordinaire de l'adénopathie et sa nature secondaire.

Si la lésion initiale est difficile à saisir, c'est que l'effraction est très minime dans beaucoup de cas.

Ce sera une simple pharyngite avec desquamation épithéliale (König) ;

Un purigo du cuir chevelu (Koch, Strümpell) ;

Un lupus, un tubercule anatomique, un érythème fessier, un eczéma. Il n'est pas nécessaire que la lésion initiale soit elle-même tuberculeuse, il suffit qu'elle crée une porte d'entrée (H. Martin[1]).

1. Martin, *Revue de Médecine*, 1884, t. IV, p. 773.

Barth[1] considère l'angine tuberculeuse comme un mode fréquent d'invasion ganglionnaire.

Daremberg[2] a vu plusieurs fois les adénopathies consécutives aux amygdalites tuberculeuses contractées par la cohabitation et les embrassements de parents tuberculeux ; — dans les amygdales très gonflées il a pu retrouver le bacille spécifique.

Je considère les engelures ulcérées des doigts, des oreilles, de la face, comme une porte d'entrée fréquente chez les enfants, qui de plus, à cette époque de l'année, vivent dans une atmosphère confinée.

L'impétigo de la face et du cuir chevelu ne donne souvent que des adénites suppurées aiguës non bacillaires; mais chez les enfants strumeux qui ont l'apanage de cette affection, les adénites longtemps simplement hypertrophiées peuvent devenir caséeuses et franchement tuberculeuses.

Lehmann, Hofmokl, Eve et Elsenberg ont signalé la circoncision comme cause de ganglions inguinaux dont la nature spécifique a été constatée par Weichselbaum[3].

Mais n'insistons pas sur les portes d'entrée, qui sont extrêmement variées et parfois inattendues.

D'une façon générale, les lésions bacillaires des muqueuses retentissent plus vivement sur les ganglions que les lésions cutanées : c'est ainsi que le lupus non suppuré n'a pas toujours de retentissement sur les ganglions correspondants.

1. Barth, Thèse de Paris, 1880, *De la tuberculose du pharynx.*
2. Daremberg, *Congrès de la tuberculose*, 1887.
3. Duplay et Reclus, *Traité de Pathologie*, t. I, p. 726.

Cornet[1] (de Reichenhall) et avec lui bien d'autres expérimentateurs ont inoculé à des chiens des bacilles de Koch dans le but d'étudier le mécanisme de l'infection qui produit l'adénopathie chez l'homme. Les inoculations ont réussi non seulement sur une muqueuse ulcérée naturellement ou artificiellement, mais encore, quand on opérait par simple friction sur une muqueuse intacte, les ganglions correspondants se prenaient aussitôt. Non seulement cela, mais des crachats tuberculeux ou des cultures pures déposées dans les fosses nasales, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, sur les gencives, dans le conduit auditif externe ou dans le vagin, ont produit des adénopathies tuberculeuses, alors même qu'on avait bien pris soin de ne pas éroder la muqueuse.

Le professeur Cornil[2] a présenté au Congrès de la tuberculose (1888) le résultat de ses études à ce sujet: « Après une seule injection de quelques gouttes de culture pure dans l'intestin, on a toujours de la tuberculose, et les bacilles se rencontrent de 5 à 6 jours après dans les ganglions lymphatiques du mésentère. »

Il en est de même pour l'utérus : « Les bacilles pénètrent, et, les follicules tuberculeux se manifestent dans le tissu conjonctif situé au-dessous de l'épithélium sans que celui-ci soit tombé. »

Drobroklonsky[3] a eu des résultats analogues sur

1. Cornet, xviiie *Congrès des chirurgiens allemands*, 1889, et *Centralblatt fur Chir.*, n° 29, p. 7, 1889.

2. Cornil, *Tuberculose des muqueuses considérées comme portes d'entrée du virus tuberculeux : Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 259.

3. Droboklonsky, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.

l'intégrité de la muqueuse intestinale, malgré l'injection ganglionnaire.

L'entérite tuberculeuse est du reste une rareté chez l'enfant (Aviraguet), et les ganglions tuberculeux mésentériques sont au contraire très fréquents.

Il en est vraisemblablement de même pour les voies respiratoires, et cliniquement on a trouvé des adénopathies trachéo-bronchiques sans lésion viscérale (Queyrat, Aviraguet, Pascal).

Ces faits infirmeraient la loi de Parrot d'après laquelle toutes les adénopathies tuberculeuses trachéo-bronchiques étaient accompagnées de lésions similaires (Parrot, Barety, Hervouet).

L'adénopathie chez le cobaye précède toujours une infection générale; l'adénopathie en d'autres termes est toujours un jalon entre le point inoculé et la tuberculose viscérale, par exemple.

Il n'en serait pas toujours ainsi chez le lapin, d'après Arloing; chez cet animal la tuberculose inoculée frapperait souvent inopinément le poumon sans laisser de traces dans les ganglions lymphatiques.

Chez l'homme, les ganglions situés sur le passage de l'infection paraissent toujours un organe d'arrêt retenant quelques bacilles.

2° ADÉNOPATHIES SECONDAIRES

Les adénopathies tuberculeuses sont donc toujours secondaires comme l'avait du reste fait remarquer Velpeau à une époque où la science était bien moins avancée que maintenant au sujet de la tuberculose.

Elles sont secondaires à une tuberculose cutanée, mais surtout à une tuberculose cutanée suppurée (lupus exedens).

Elles sont secondaires à une tuberculose locale ostéo-articulaire; Gangolphe a recueilli un grand nombre de faits d'ostéites ou de tumeurs blanches dans lesquels les ganglions efférents étaient tuberculeux, et si on recherche attentivement les adénopathies secondaires à la coxalgie, au spina ventosa, à la tumeur blanche du genou, on les trouvera presque toujours, mais elles sont parfois si petites, si peu en rapport avec la gravité de la tuberculose locale qui leur a donné naissance qu'elles échappent à un examen superficiel.

Le mal de Pott n'échappe pas à la loi commune et Lannelongue a signalé l'adénopathie du cou dans le mal sous-occipital et celles de l'angle rentrant de la déviation rachidienne dorsale; de là les adénopathies gagnent de proche en proche.

Elles sont secondaires enfin à une tuberculose viscérale, et ces tuberculoses viscérales paraissent pouvoir se diffuser très loin, tandis que les tuberculoses superficielles ou ostéo-articulaires bornent leur action aux ganglions les plus proches.

C'est ainsi que la tuberculose pulmonaire s'accompagnera d'adénopathies axillaires cervicales, sous-maxillaires.

Les altérations intestinales peuvent de même avoir un retentissement ganglionnaire très lointain, comme cela a été constaté surtout pour le cancer de l'estomac ou de l'intestin, qui donne lieu à des adénopathies

sus-claviculaires ou cervicales (Troisier[1], Belin[2], Raymond, Poirier, etc.).

Nicaise a même signalé, au Congrès pour l'avancement des sciences (1889), une adénite cervicale à la suite d'une entérite que l'entérite seule paraissait expliquer.

L'envahissement se borne souvent tout d'abord à un seul ganglion; c'est la tuberculose *mono-ganglionnaire* des auteurs.

Cette adénopathie peut rester longtemps unique, être le premier et le dernier terme d'une tuberculose qui s'éteindra sur place ou y restera longtemps, sinon toujours, à l'état latent.

Mais souvent aussi la bacillose se propage aux ganglions voisins, suivant généralement le cours naturel de la circulation lymphatique, passant des ganglions sous-maxillaires et parotidiens aux régions cervicales latérales, puis gagnant de proche en proche les ganglions claviculaires, présternaux, mammaires internes, médiastinaux antérieurs, les ganglions axillaires, etc.

Ces ganglions disposés de cette sorte, échelonnés sur le parcours lymphatique, ont reçu le nom classique de chaîne ou de grappe polyganglionnaire.

L'infection se fera de même des ganglions superficiels aux profonds.

Toutefois l'envahissement peut très bien être rétrograde; on verra par exemple les ganglions médias-

1. Troisier, *Rapport à la Société médicale des hôpitaux*, 1886, et *alias*.
2. Belin, Thèse de Paris, 1888. *Adénopathies externes à di tance*.

tinaux provoquer la tuberculose des ganglions axillaires et — réciproquement — les ganglions axillaires peuvent à leur tour infecter les ganglions sus-claviculaires, puis cervicaux, puis sous-maxillaires, puis parotidiens. C'est ainsi encore que pour le cancer (Troisier) on a pu voir l'envahissement des ganglions lombaires ou même iliaques à l'autopsie de cancers de l'estomac, du foie ou du pancréas.

Ces faits de transport rétrograde des produits néoplasiques dans les lymphatiques qu'avait déjà décrits Recklinghausen[1] dès 1885, expliquent beaucoup de propagations étonnantes au point de vue physiologique ; ils expliquent par exemple, sans faire intervenir des lésions pleurales, les adénopathies axillaires dans la tuberculose pulmonaire par l'intermédiaire des ganglions cervicaux et sus-claviculaires.

Une troisième forme clinique enfin est la *masse* ou le *paquet ganglionnaire*. On croirait au premier abord à un unique ganglion énorme, mais la dissection fait bien voir qu'il s'agit d'un grand nombre de ganglions agglomérés, les uns suppurés, les autres caséeux, d'autres enfin seulement infiltrés. Dans ces cas, l'infection, au lieu de se faire sur les ganglions lymphatiques échelonnés à distance, s'est faite sur les ganglions immédiatement voisins. Ils ont pris un gros volume, ont adhéré les uns aux autres par leur périadénite et ont constitué cette masse unique volumineuse.

Il nous reste à étudier rapidement à quelles régions

1. Recklinghausen, *Ueber die Venose embolie und retrograden in den Venem und in den Lymphgefassen. Virchow's Archiv*, Bd C, 1885.

répond chacun des groupes ganglionnaires cervicaux, inguinaux, axillaires qui sont le plus souvent envahis par la tuberculose. Il n'est pas non plus sans intérêt de voir leur disposition anatomique et leurs rapports. Ce chapitre ne nous a pas paru devoir être omis dans une monographie, il est nécessaire au reste pour la parfaite intelligence de l'étiologie, de la clinique et du traitement; au courant de cette description se trouveront des particularités qui ne trouveraient pas aussi bien leur place ailleurs.

I. **Région cervicale.** — Elle se divise anatomiquement en différentes régions :

1° *Région sus-hyoïdienne latérale.* — Cette région contient les ganglions dits sous-maxillaires, ils sont situés dans la loge fibreuse même de la glande et en contact immédiat avec le tissu glandulaire, fait important à connaître pour le diagnostic et pour l'énucléation des ganglions sans porter atteinte à l'intégrité de la glande quand cela n'est pas nécessaire.

Ils recoivent des lymphatiques provenant de la peau du front, du nez, de la joue, des lèvres et des gencives inférieures.

2° *Région sus-hyoïdienne médiane.* — Un ou deux ganglions sous-aponévrotiques reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton.

3° *Région sous-hyoïdienne.* — Les ganglions sont peu nombreux et rarement pris; mais les ganglions les plus inférieurs, ceux qui confinent le sternum peuvent, bridés en avant par le feuillet moyen fortement tendu de l'aponévrose cervicale, comprimer la trachée (Tillaux). C'est également un de ces gan-

glions devenus caséeux qu'on a pu voir s'ouvrir dans la trachée, déterminant une asphyxie mortelle avant qu'on pût faire la trachéotomie, le diagnostic avait été : diphtérie laryngée (Poupon)[1].

4° *Région carotidienne.* — Les ganglions de cette région sont les plus nombreux et les plus importants de tous. Sous-aponévrotiques ils forment une chaîne continue qui s'étend des ganglions parotidiens et mastoïdiens aux ganglions sus-claviculaires et médiastinaux. La plupart sont groupés autour de la veine jugulaire interne et bridés quand ils sont hypertrophiés par le sterno-cléido-mastoïdien. De là, le danger de leur énucléation et la blessure possible de la jugulaire ou même de la carotide.

De là, aussi, au point de vue clinique, la possibilité d'une ulcération de la jugulaire suivie d'une hémorrhagie mortelle. On a encore signalé, comme autres conséquences rares de ces rapports, la formation d'une thrombose qui peut s'étendre aux tissus de la dure-mère (Tillaux) ou la formation par ralentissement de la circulation (Grenet) de concrétions sanguines dans les sinus longitudinal supérieur, latéral et occipital. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques de la cavité buccale, lèvres, langue, pharynx, œsophage, larynx, trachée, corps thyroïde.

5° *Région sous-occipitale.* — Deux, quelquefois trois ganglions reçoivent les lymphatiques d'une partie du cuir chevelu. L'aponévrose cervicale superficielle les applique contre le grand complexus au-devant du trapèze, au-dessous du muscle occipital. Tous les

1. Poupon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1883, p. 466.

auteurs font cette juste remarque que leur hypertrophie, fréquente dans la syphilis, ce qui s'explique par la fréquence des lésions tégumentaires de cette région, est rare dans la tuberculose. Disons rare, car elle est possible, nous l'avons observée.

6° *Région mastoïdienne.* — Il existe dans cette région deux groupes de ganglions :

Un premier inférieur recouvert par les attaches du sterno-mastoïdien ;

Un second en rapport avec le pavillon de l'oreille et recouvert par une lame fibreuse qui le fixe sur la partie mastoïdienne du temporal.

7° *Région parotidienne.* — Les ganglions sont très nombreux et situés dans l'épaisseur même de la glande, profonds par conséquent. Celui qui se trouve au-devant du tragus mérite une mention spéciale à cause de son volume et de la fréquence de son hypertrophie.

8° *Région péritrachéo-laryngée profonde.* — Gouguenheim et Piquechef[1] ont enfin décrit sous le nom de ganglion péritrachéo-laryngiens des ganglions lymphatiques profondément situés dans la région cervicale autour des premiers segments des voies aériennes, vers la partie inférieure et postérieure du larynx dans le voisinage immédiat de la trachée, de l'œsophage et du nerf récurrent. Ces ganglions, forment trois amas ou groupes qui peuvent se réunir et former une chaîne commune le long du larynx. Lorsque le nerf récurrent est comprimé par la dégénérescence tuberculeuse de ces ganglions on observe, soit de la paralysie, soit du spasme de la glotte, plus

1. *Académie de médecine*, t. XIII.

ou moins longtemps ou même à l'état permanent.

9° *Région prélaryngée.* — Poirier [1] a décrit un ganglion prélaryngé situé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne dans le V formé par les muscles, recevant les lymphatiques du larynx. Il n'est pas constant, mais peut-être double une fois sur six. Il est bon d'en connaître la possibilité pour éviter des erreurs de diagnostic.

10° *Région génienne.* — Rappelons également les adénites géniennes signalées par Poncet [2] au niveau de la joue dans des ganglions qui n'avaient point échappés anatomiquement à Mascagni. Paul Vigier possède 13 observations d'adénites de ces ganglions, 8 ont trait à des dégénérescences tuberculeuses. De nouvelles recherches de Debierre (de Lille) et de Jaboulay (de Lyon) ont permis de retrouver par la dissection ces ganglions dont la disposition existe dans l'atlas de Mascagni, mais qui avaient été oubliés et que la clinique a remis en évidence. Au nombre de deux ou trois, en avant du masséter, le long de l'artère faciale, ils reposent sur le buccinateur et sont recouverts par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ils reçoivent les lymphatiques des lèvres, de la muqueuse buccale et peut-être des fosses nasales et des paupières. Leur connaissance évitera des erreurs de diagnostic avec les lipomes, les kystes sébacés, les gommes.

Vigier dans sa thèse reconnaît dans la joue deux groupes de ganglions :

1. Poirier, *Soc. anatomique*, 1887.
2. Poncet (de Lyon), *Adénites géniennes. Gazette hebdomadaire*, p. 401, 1883.

1° Les superficiels (massétériens), commissuraux et sous-orbitaires ;

2° Les profonds sous l'aponévrose du buccinateur.

Tous ces ganglions, depuis ceux de la tête jusqu'à ceux de la région sous-claviculaire, communiquent entre eux par de nombreux vaisseaux lymphatiques.

Au niveau de la région claviculaire, ce vaste plexus communique très largement avec les ganglions axillaires et les ganglions thoraciques et se jette par une ou deux branches seulement directement dans le canal thoracique et la grande veine lymphatique, ou plus rarement dans les veines sous-clavière ou jugulaire interne.

Cette communication entre les ganglions thoraciques, axillaires, cervicaux, se fait au niveau des ganglions sous-claviculaires. Dans sa thèse Sanchez Toledo publie deux planches où le fait de ces communications des ganglions sous-claviculaires avec les axillaires et les médiastinaux est rendu plus manifeste encore par les anastomoses lymphatiques augmentées de volume et dégénérées.

En d'autres termes encore, car on ne saurait trop insister sur cette disposition qui donne la clef de certaines infections, le groupe ganglionnaire volumineux qui se trouve en arrière de l'articulation sterno-claviculaire est un vaste confluent commun aux ganglions cervicaux, axillaires et médiastinaux.

Un de ces ganglions, celui qui paraît en arrière et un peu au-dessus de la clavicule, entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, mérite une men-

tion spéciale à cause de l'importance diagnostique qu'on a voulu lui faire jouer.

Béhier[1] avait déjà écrit que dans la tuberculose pulmonaire l'engorgement ganglionnaire ne siégeait jamais dans les ganglions sous-claviculaires, tandis que dans le cancer ces derniers seuls seraient affectés.

Depuis, Troisier[2] a présenté des observations qui tendent à faire de la dégénérescence de ce ganglion un signe important de généralisation cancéreuse du poumon ou même de l'abdomen. Le côté gauche serait plus souvent pris que le côté droit et le canal thoracique paraîtrait jouer un rôle important dans le transport des éléments cancéreux jusqu'au ganglion.

Deux autres observations de Comby et Vidal, et d'autres encore, viendraient confirmer cet engorgement fréquent dans les viscéropathies cancéreuses.

La vérité est que l'engorgement de ce ganglion ou de ce groupe ganglionnaire n'est pas particulier aux dégénérescences cancéreuses ; il se voit également dans la tuberculose pulmonaire, dans la tuberculose mammaire, et il faut chercher ailleurs des éléments plus certains de diagnostic.

II. Région axillaire. — Les ganglions occupant la partie antérieure de l'aisselle, derrière le grand pectoral, sont plus particulièrement ceux qui reçoivent les lymphatiques de la mamelle.

Les lymphatiques de la partie externe du thorax et du tronc jusqu'à la région sous-ombilicale suivent

1. Behier, *Leçons cliniques sur le cancer du poumon. Gazette des hôpitaux*, 1887.

2. *Semaine médicale*, 1893, p. 550.

l'artère et la veine thoracique externe et aboutissent à une partie plus élevée de la cavité axillaire; mais ils sont là confondus avec ceux du membre supérieur et la distinction reste impossible. On ne pourra donc point à coup sûr, comme à l'aine, juger du siège de la lésion initiale d'après la situation de l'hypertrophie ganglionnaire.

Tous ces ganglions sont sous-aponévrotiques, contrairement à l'illusion qu'on pourrait se faire, quand devenus volumineux ils paraissent à fleur de peau; il n'en existe pas de sous-cutanés.

Les lymphatiques efférents se jettent dans le canal thoracique ou dans la grande veine lymphatique, mais après avoir traversé la plupart du temps, sinon toujours, les ganglions sous-claviculaires, ce qui met les ganglions axillaires en communication avec les ganglions thoraciques (Cruveilhier, Kirmisson [1]).

La communication de la plèvre pariétale avec les ganglions axillaires au moyen des lymphatiques est une question très discutée, et très discutable.

Il existe des relations intimes, comme l'a fait remarquer Sanchez Toledo [2], entre la tuberculose pulmonaire, et l'adénopathie axillaire, et cette question si importante, au point de vue traitement et diagnostic, doit nous arrêter.

Ces relations, peu connues ou niées avant Sanchez Toledo, ne peuvent être mises sur le compte d'une coïncidence, les observations recueillies montrent bien qu'il y a une relation de cause à effet.

1. Cruveilhier, *Anatomie descriptive*. Kirmisson, *Bulletin Soc. anatomique*, 1892, p. 453.
2. *Loc. citato*.

La tuberculose des ganglions axillaires peut être, bien entendu, complètement indépendante de toute altération viscérale similaire et le germe contage y être introduit par les lymphatiques du membre supérieur, des parois thoraciques ou par l'intermédiaire des ganglions cervicaux; mais souvent aussi une tuberculose pulmonaire très appréciable, ou au contraire méconnue, peut être l'origine de la dégénérescence secondaire des ganglions.

Dans ce cas les ganglions médiastinaux se sont d'abord pris, puis les ganglions sous-claviculaires, puis enfin les ganglions axillaires. La lésion primitive a été celle du poumon, mais surtout chez les enfants elle peut être légère, alors que l'adénopathie secondaire est considérable.

Dans une seconde catégorie de faits (dit Sanchez Toledo) et ce sont peut-être les plus nombreux, l'individu est d'abord atteint d'adénites sous-maxillaires ou cervicales, de nature dite scrofuleuse; l'affection descend progressivement de ganglion en ganglion, arrive aux ganglions sous-claviculaires et de là envahit les ganglions axillaires et à peu près en même temps les ganglions médiastinaux. Le virus tuberculeux paraît donc suivre jusqu'à la base du cou le cours de la lymphe. Mais à partir des ganglions sus-claviculaires, par quel mécanisme les ganglions axillaires et médiastinaux se trouvent-ils englobés par le processus morbide? Evidemment on doit tenir compte non seulement du développement des voies collatérales dans la circulation lymphatique, de la stagnation et de l'infection de la lymphe dans les vaisseaux afférents et de la contamination secondaire des ganglions situés en amont; mais aussi de ce fait que les ganglions dégénérés et hypertrophiés se mettent en contact avec les ganglions de voisinage qui s'infectent par un simple phénomène de contiguïté.

Il faut admettre enfin une infection directe des ganglions axillaires quand les parois externes elles-mêmes du thorax ont été envahies par la tuberculose consécutivement de proche en proche à une tuberculose du poumon et de la plèvre pariétale.

On doit donc toujours se rappeler le précepte de Trélat[1] : « Quand dans l'aisselle vous verrez survenir sans cause locale une tumeur inflammatoire, pensez à une adénite tuberculeuse pulmonaire, car ces adénopathies tuberculeuses de l'aisselle sont presque toujours des tumeurs de propagation. »

Les ganglions tuberculeux de l'aisselle ont des rapports intimes avec la tuberculose pulmonaire avérée ou seulement à l'état de soupçon, il l'accompagne, la précède ou la suit.

Nous verrons plus tard au point de vue du pronostic et du traitement l'importance qu'a cette relation incontestable.

III. **Région inguinale.** — Felizet[2] a bien étudié classiquement la situation des ganglions qui correspond aux différentes régions. Cette étude avait été faite au point de vue anatomique, mais il était intéressant d'en faire le contrôle clinique. Non seulement il a pu vérifier les notions acquises, mais encore en augmenter la précision.

Voici les résultats de ses recherches, dont tout chirurgien chargé d'un service de tuberculose locale pourra contrôler l'exactitude :

Deux groupes de ganglions :

1. Leçon clinique citée par SANCHEZ TOLEDO, 1886.
2. FELIZET, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893, pp. 22, 23, 24.

1° Le groupe des ganglions obliques, dont la direction générale est parallèle à l'arcade de Fallope.

Ce groupe comprend :

A. Un système de ganglions internes ; ils recouvrent les lymphatiques qui viennent, après avoir contourné la partie interne de la cuisse, de l'anus, des régions juxta-anales et du pli périnéo-fémoral.

B. Le système des ganglions moyens répond à des lésions de la verge, du scrotum, de la vulve (balanite ulcéreuse, ulcérations tuberculeuses des bourses, de la vulve).

C. Le système des ganglions externes répond à des lésions des deux tiers externes de la fesse, du flanc et des lombes.

2° Le groupe des ganglions verticaux est consacré aux lymphatiques des membres inférieurs, mais il faut, comme le fait remarquer Felizet, distinguer :

A. Le groupe vertical inférieur, qui répond à des lésions inflammatoires ou tuberculeuses des orteils, de la plante du pied et de la face interne de la jambe.

B. Le groupe vertical inférieur, qui répond à des lésions des téguments de la région rotulienne, de la face interne et externe de la cuisse et du jarret.

Tous ces ganglions sont relativement superficiels, situés entre le fascia superficialis et le fascia cubriformis, contractant, à cause de cette disposition, des rapports moins intimes avec les vaisseaux qu'à la région axillaire. Les ganglions profonds, en communication très large avec les superficiels, en sont séparés par l'aponévrose ; leurs efférents se rendent dans les ganglions hypogastriques.

Ils sont bien moins nombreux que les superficiels

(3 ou 4). Ils occupent l'angle interne du canal crural; le plus élevé est situé dans l'anneau crural, entre cette veine et la base du ligament de Gimbernat.

Ce sont ces ganglions profonds qui sont souvent hypertrophiés consécutivement à la coxalgie; on les sent pris constamment au niveau ou un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, de chaque côté des vaisseaux iliaques. Ils ne sont généralement pas volumineux, mais assez faciles néanmoins à percevoir, et M. Lannelongue en fait un des signes importants de la coxalgie au début. Plus tard, les ganglions iliaques peuvent être envahis consécutivement. De même, surtout quand il y a fistule ou irritation cutanée par les vésicatoires ou les topiques, les ganglions superficiels du triangle de Scarpa peuvent exister.

Toujours d'après Lannelongue, les abcès qui accompagnent la coxalgie peuvent être d'origine ganglionnaire; ils sont d'abord inclus dans la capsule ganglionnaire, mais au bout d'un temps quelconque ils progressent vers la périphérie du ganglion et deviennent extra-ganglionnaires. Les ganglions iliaques infectés peuvent à leur tour inoculer le péritoine; une figure de l'ouvrage de Lannelongue représente cette inoculation de proche en proche. Sous l'influence de l'infection mixte, les abcès ganglionnaires peuvent revêtir des allures subaiguës phlegmoneuses qui ne doivent pas en imposer.

IV. **Région poplitée.** — Ces ganglions profondément situés en dehors de la veine poplitée reposent sur le muscle de ce nom; ils sont au nombre de 3 ou 4.

Mais, d'après Sappey, il existe de petits ganglions

superficiels sous-aponévrotiques à l'embouchure de la petite saphène.

La dégénérescence tuberculeuse des ganglions poplités répond à des lésions de l'orteil, du bord externe du pied, du tendon d'Achille et enfin de la gouttière qui sépare ce tendon de la malléole externe.

Ces notions sont intéressantes et méritent de nouvelles observations. Les altérations tuberculeuses des ganglions profonds sont en effet d'un diagnostic très difficile, et pourraient faire croire à un kyste poplité par exemple; la concomitance ou le commémoratif d'une lésion des régions précitées pourrait mettre sur la voie du diagnostic vrai en dehors de la lenteur du développement des kystes et de leur siège moins médian.

V. Région iliaque. — M. Després, dans l'article « Iliaque » du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, s'exprime en ces termes:

> Pour ce qui est des adénites strumeuses, quoiqu'elles soient possibles, on n'en possède pas d'observations bien précises. On a trouvé dans les fosses iliaques des ganglions sur des sujets morts de scrofule ou d'adénie.

Depuis cette époque, un certain nombre de travaux et d'observations ont paru à ce sujet, et comme ces adénopathies, quoique intra-abdominales, sont accessibles à nos moyens chirurgicaux, nous ne pouvons les passer sous silence.

Parmi ces travaux, signalons la thèse de Castex[1], qui nous sert de guide.

1. Castex, Thèse de Paris, 1881.

Il importe tout d'abord d'établir à grands traits la disposition anatomique de ces ganglions.

Les ganglions iliaques externes, dit le professeur Sappey[1], ordinairement au nombre de trois, sont situés immédiatement au-dessus de l'arcade crurale; le plus volumineux repose sur les vaisseaux sanguins au niveau de l'anneau crural qu'il tend à oblitérer (d'autres auteurs attribuent ce même ganglion à la région inguinale); le second est placé en dehors de l'artère et le troisième en dedans de la veine. Quelquefois les deux premiers se continuent par leur extrémité et forment une ceinture qui embrasse la partie antérieure des troncs artériels et veineux. Il n'est pas très rare de trouver près de l'origine du tronc artériel, sur son côté externe, un quatrième et même un cinquième ganglion, dont le volume est variable, mais en général plus petit que les précédents. Les lymphatiques qui viennent se terminer dans ces ganglions sont : les vaisseaux efférents de glandes inguinales, les vaisseaux épigastriques et les vaisseaux circonflexes iliaques.

C'est donc par l'intermédiaire des ganglions inguinaux, à ces ganglions iliaques externes, qu'aboutissent les lymphatiques qui reviennent des membres et des organes génitaux. De plus, ils reçoivent une partie de ceux qu'on rencontre dans les parois abdominales et pelviennes.

Les lymphatiques efférents qui font communiquer les ganglions iliaques et inguinaux sont si nombreux que, d'après l'évaluation de M. Sappey, leur réunion forme un canal plus large que celui de la veine fémorale.

L'hypertrophie de ces ganglions peut être due à

1. Sappey, 3e édition, t. II, p. 854.

bien d'autres causes qu'à la tuberculose, et ils sont notamment très fréquemment altérés dans les cancers des régions correspondantes ; mais la dégénérescence tuberculeuse est la plus fréquente.

Elle se voit :

1° Dans la coxalgie, consécutivement à l'infection des ganglions inguinaux.

Daraillon[1] a signalé tout particulièrement le premier ganglion de la chaîne iliaque, auquel il donne le nom de ganglion inguino-pariétal. Ce ganglion serait toujours atteint et pourrait devenir la source d'un abcès froid apparaissant dans le triangle de Scarpa.

2° Dans certains maux de Pott ou dans la tuberculose sacro-iliaque par propagation directe de ganglion à ganglion.

Ces adénopathies, plus communes qu'on ne croit, surtout dans la coxalgie, parce qu'elles échappent à l'examen ou passent pour des abcès par congestion, peuvent devenir la source d'abcès pelviens, indépendants de l'articulation malade, restant confinés dans la fosse iliaque ou venant s'ouvrir à l'extérieur au-dessus ou au-dessous de l'arcade de Fallope, au-dessus par le mécanisme que nous indiquions tout à l'heure, au-dessous par adhérence avec la paroi abdominale et ulcération progressive.

Lannelongue admet d'une façon générale, à côté des origines osseuses et synoviales les plus fréquentes, des abcès de cette origine ganglionnaire.

Mais d'après Bouilly, Trousseau, Van-Lair, Castex,

1. DARAILLON, Thèse de Lyon, 1878.

la forme la plus fréquente d'adénopathie tuberculeuse iliaque se verrait surtout chez des adultes peu atteints par ailleurs par la tuberculose, n'ayant point de tuberculose locale apparente dans les régions tributaires, possédant même les apparences extérieures d'une bonne santé, chez « les beaux lymphatiques », suivant l'expression de Milcent.

Chose bizarre, cette forme d'adénopathie serait presque exclusive aux adultes du sexe masculin.

Les ganglions inguinaux sont dans ces cas ou bien également hypertrophiés, ou bien au contraire très légèrement augmentés de volume. Ils pourraient être enfin complètement indemnes. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car l'agent infectieux a pu traverser la première chaîne sans l'infecter, ou bien encore, comme Sappey en a signalé la possibilité, quelques lymphatiques efférents ont pu se jeter directement dans les ganglions iliaques sans traverser les inguinaux.

La porte d'entrée de la bacillose échappe le plus souvent aux recherches du fait de son insignifiance ou parce qu'elle est cicatrisée depuis longtemps, alors qu'on constate l'adénopathie.

On a pu constater cependant un érythème du pied, un eczéma, un herpès préputial, un tubercule testiculaire, l'existence antérieure de lésions osseuses sur diverses parties du membre pelvien.

La suppuration est possible et amènerait des fistules interminables, mais cette terminaison est l'exception. La régression est très lente et les ganglions inguinaux ont disparu depuis longtemps qu'on constate encore les ganglions iliaques indurés.

VI. **Région du coude**. — Le ganglion épitrochléen est atteint par les lésions tuberculeuses du petit doigt, de la région hypothénar et du bord interne de l'avant-bras, tandis que les lésions de la face externe et dorsale du pouce et de la partie postérieure de la région thénar entraînent souvent l'engorgement de l'organe lymphatique (ganglion de Mascagni ou enroulement vasculaire d'Aubry) qui accompagne la veine céphalique dans le sillon pectori-deltoïdien.

Toujours d'après Félizet, et nous avons été à même de vérifier le fait, il y a souvent dans le ganglion sus-épitrochléen et dans l'organe lymphatique externe un moment d'arrêt de l'envahissement bacillaire, et ce n'est que postérieurement que les ganglions axillaires sont envahis.

Nous avons vu dernièrement le ganglion épitrochléen très volumineux dans une tumeur blanche du poignet.

Dans une artrite tuberculeuse du coude ayant nécessité la résection, le ganglion sus-épithélial était suppuré et en communication avec l'articulation, formant là un décollement.

Les synovites fongueuses donnent aussi des dégénérescences secondaires du ganglion épitrochléen, mais elles sont plus rares que les petits abcès caséeux sur le trajet même des lymphatiques au niveau de l'avant-bras.

VII. **Région rétro-pharyngienne.** — Deux ou trois ganglions situés entre l'aponévrose prévertébrale et le pharynx, au niveau de l'axis ou de la troisième vertébrale, reçoivent les lymphatiques de la partie supérieure du pharynx, de la pituitaire et peut-

être de l'oreille moyenne (GILETTE, LUSCHKA, SAPPEY, SIMON COCTEAU, GAUTIER).

Ils peuvent être le siège de dégénérescences tuberculeuses secondaires.

Ces ganglions auraient une tendance à s'atrophier au fur et à mesure que l'individu avance en âge.

En résumé l'adénopathie est toujours le résultat d'une infection initiale dont la porte d'entrée peut souvent se retrouver. La peau et la muqueuse sont les voies les plus ordinaires de cette infection.

Les tuberculoses locales, os et articulations, produisent des adénopathies secondaires, mais elles-mêmes ne sont-elles pas le résultat d'une infection secondaire?

Il paraît vraisemblable, dit Kœnig[1], que la grande majorité de tous les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse ne sont pas primitifs, mais secondaires, métastatiques.

Sur 67 autopsies il a trouvé 53 cas où, indépendamment de l'affection ostéo-articulaire, il existait des foyers anciens, plus anciens que les premiers. Ces foyers étaient 21 fois des tuberculoses ganglionnaires, le plus souvent bronchiques.

Nous-mêmes, à Pen-Bron, en dehors de toute autopsie, nous constatons, dans au moins un tiers des cas des adénopathies souvent fort éloignées de la tuberculose ostéo-articulaire et antérieures à son début.

1. KŒNIG, *La tuberculose des os et des articulations*, p. 33.

3° ADÉNOPATHIES MIXTES

A. — *Association du bacille de la tuberculose et des bactéries de la suppuration.*

Sous ce nom nous étudions les adénopathies dans lesquelles la bacillose est associée à d'autres bactéries qui l'y précèdent ou l'y suivent et influencent considérablement leur évolution.

Ce chapitre est l'un des plus complexes et des moins étudiés de l'affection qui nous occupe; nous y serons réduits souvent à des faits et à des hypothèses dont il ne faut pas se hâter de tirer des conclusions absolues.

Les travaux de Babes et Cornil[1] nous serviront de guide; nous suivrons pas à pas leurs communications si intéressantes et les pages qui suivent ne sont qu'un résumé de leurs études en ce qui concerne les adénopathies.

Dès 1883, Babes[2] terminait une communication à l'Académie des sciences par cette phrase : « Il faut admettre un autre facteur qui concourt chez l'homme à la formation des produits tuberculeux. »

Il avait également communiqué à la Société anatomique un cas où, chez un jeune garçon atteint de blennorrhagie compliquée de cystite et de néphrite, le microbe de la blennorrhagie se trouvait associé au bacille de la tuberculose.

1. Babes, *Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 542 et 561. *Congrès de la tuberculose*, 1892, p. 155.
2. Cornil et Babes, *Les Bactéries*, t. II, p. 450.

Dans son ouvrage de 1884, Koch[1] s'exprime en ces termes :

> Dans un petit nombre de cas pénètrent d'autres bactéries dans les cavernes, mais ce sont toujours des bactéries bien déterminées et on n'y trouve pas simplement les bactéries de la putréfaction ; il faut au contraire supposer que seulement certaines bactéries possèdent la faculté d'y exister.

Il signale dans les cavernes, en même temps que le bacille, les bactéries du pus bleu, le tetragenus et des microbes ronds contenus dans les capillaires dans un cas de tuberculose miliaire.

Il émet le vœu qu'on s'occupe très sérieusement de ces associations qui doivent jouer un rôle très important dans la marche et le développement de la maladie et augmentent réciproquement la virulence propre à chacune des espèces bactéridiennes associées.

En 1883, Watson Cheyne relate un cas de micrococques dans les vaisseaux d'un tuberculeux à la suite d'une ulcération de la langue qui servit probablement de porte d'entrée.

Mais le travail le plus important que nous connaissions est celui que Babes communiqua en 1888 au Congrès de la tuberculose.

Dans les ganglions lymphatiques il a pu, chez les enfants, constater par la culture, en même temps que le bacille de la tuberculose, le streptococcus du pus. Ces associations ne sont pas du reste particulières aux ganglions, elles se retrouvent dans le poumon, le péritoine, les muqueuses, etc.

1. *Mith. a. d. Gesundheitsamth.*, t. II, 1884.

Elles sont très fréquentes et ont une grande importance pour comprendre l'histologie des lésions tuberculeuses, la marche variée de la tuberculose et peut-être aussi, dit Babes, pour lutter contre les conséquences fatales de la tuberculose.

Dans 93 cas d'autopsie d'enfants morts de n'importe quelle maladie, il a trouvé 65 fois une tuberculose des ganglions, tuberculose avérée; mais les bacilles n'ont pu être retrouvés que 45 fois, à cause de leur rareté.

La tuberculose *proprement dite* était la *cause unique* de la mort dans 13 cas seulement de mort par méningite, tuberculose du poumon, tuberculoses des os et des articulations.

Ainsi, sur 9 cas de méningite, 5 fois il y avait association des bacilles avec d'autres microbes pathogènes.

Dans tous les cas de méningite, il y avait des ganglions tuberculeux du médiastin et plus rarement des ganglions rétro-pharyngiens. Ces ganglions contenaient des bacilles tuberculeux associés à d'autres bactéries; nous verrons plus tard le rôle important que Babes fait jouer à cette altération ganglionnaire, toujours observée dans la production de la méningite tuberculeuse.

Ce qui est vrai pour la méningite a été vérifié pour les ganglions qui accompagnent ou précèdent (sans qu'il soit toujours facile d'assurer cette chronologie) les autres affections tuberculeuses qui ont causé la mort.

Partout existe cette association bactéridienne.

Ces associations qui restituent à une bacillose sou-

vent latente sa virulence nous donnent l'explication d'un grand nombre de faits bien connus cliniquement.

Un adolescent porte à la région cervicale une ou deux adénopathies vraisemblablement tuberculeuses, mais stationnaires depuis de longues années; survient une inflammation quelconque de la région des lymphatiques que reçoivent ces ganglions simplement augmentés de volume, une simple carie dentaire par exemple; les ganglions se ramollissent, suppurent, et voilà constitué un processus tuberculeux dont cette suppuration ganglionnaire n'est peut-être que la première étape.

Dans le lupus, tuberculose peu virulente de la peau, il peut exister de simples ganglions inflammatoires dus à l'irritation cutanée, mais à côté de ceux-là des adénopathies dont la nature bacillaire ne fait aucun doute et se trouve affirmée par l'inoculation et l'examen bactériologique.

Ces adénopathies suppurent très rarement dans le lupus sec, non exedens, qui ne renferme pas les microbes de la suppuration.

Dans le lupus exedens, au contraire, où les microbes pyogènes abondent, les ganglions aboutissent à la caséification et à la suppuration [1].

Nous avons admis l'existence d'adénites hypertrophiques chroniques purement inflammatoires.

Beaucoup de ces adénites chroniques peuvent rester exemptes de tuberculoses pendant toute la vie, mais elles sont un terrain tout préparé pour recevoir le bacille; il y trouvera toute préparée une association

1. Leloir, *Académie des sciences*, 1889.

sans laquelle il serait resté lui-même inerte et inoffensif.

L'adénite des jeunes soldats, occasionnée par le frottement du col d'uniforme ou la contusion chronique du fusil, ne sera pendant longtemps peut-être qu'une adénite chronique inflammatoire susceptible de disparaître quand disparaîtra la cause qui l'a produite, mais elle peut, d'un moment à l'autre, être envahie par la tuberculose.

Ainsi s'expliqueraient facilement les divergences d'opinions à leur sujet.

La carie dentaire, l'eczéma chronique, les angines, les éruptions du cuir chevelu, qui n'ont aucun caractère bacillaire, produisent par leur répétition des adénites chroniques; mais, un beau jour, ces mêmes angines ou ces mêmes eczémas peuvent servir de porte d'entrée à la bacillose qui s'y développera d'autant plus facilement qu'elle trouvera dans ces ganglions un lit tout préparé du fait de leur inflammation chronique précédente.

La mammite chronique, scléreuse, exempte de tout soupçon bacillaire, s'est plusieurs fois trouvée cause d'engorgements ganglionnaires franchement tuberculeux (Volkmann, Garré, Gossmann).

On est bien en droit de se demander avec Gossmann s'il n'y a pas là deux processus différents : d'une part, l'inflammation chronique des ganglions du fait de la mammite chronique ; d'autre part, leur tuberculose du fait de l'introduction, par quelque fissure du mamelon, du bacille de Koch.

Il y aurait donc deux circonstances étiologiques pour ces adénopathies mixtes :

1° L'adénopathie tuberculeuse a besoin pour évoluer de l'association de bactéries nouvelles, des bactéries de la suppuration;

2° L'adénopathie purement inflammatoire sert de lit à la tuberculose et l'a précédée dans son évolution.

Nous terminons par cette phrase de Babes qui explique bien la disproportion qui existe entre la tuberculose avérée et cette tuberculose latente que nous avons constatée si commune dans les ganglions des enfants :

Enfin, tous les faits examinés indiquent d'une façon indéniable que la tuberculose latente capsulée, extrêmement fréquente chez l'enfant sous la forme d'une tuberculose des ganglions, devient souvent active, grave en conséquence, sous l'influence d'autres microbes qui ont souvent une complicité évidente avec la tuberculose. Comme ce sont surtout les microbes du pus, bien connus, on arrivera sans doute plus facilement à éviter leur entrée qu'à détruire le bacille de la tuberculose déjà établie et encapsulée dans l'intérieur de l'organisme.

B. — *Association de la syphilis et des adénopathies tuberculeuses* (*hybrides scrofulo-tuberculeux*, Verneuil), (*scrofulate de vérole*, Ricord), (*scrofuloïde de* Montarnier *et de* Maisonneuve).

Dans tout service d'hôpital consacré à la tuberculose locale, il se glisse de temps en temps avec le diagnostic d'ostéite ou d'adénopathie tuberculeuses des enfants qu'un œil exercé arrive bien vite à distinguer des tuberculeux. A leur dentition, aux sièges et à la forme de leurs ostéites, à la kératite interstitielle dont ils sont souvent atteints, quelquefois,

mais rarement, aux renseignements héréditaires qu'on peut recueillir, on reconnaît les syphilitiques héréditaires.

Presque tous ces enfants portent des adénites indolentes, sans tendance à la suppuration, rarement de gros volume, mobiles.

Le traitement spécifique a sur elles une influence marquée. L'inoculation reste sans résultat.

Il s'agit évidemment d'écrouelles syphilitiques très différentes comme nature, si ce n'est comme apparence clinique, de l'écrouelle tuberculeuse.

Mais il est très commun aussi de retrouver chez des syphilitiques héréditaires de véritables adénopathies suppurées ayant tous les caractères cliniques et bactériologiques de la gangliophymie tuberculeuse. Leloir[1] a eu occasion d'étudier ces écrouelles tuberculeuses développées chez des syphilitiques, les expériences auxquelles il s'est livré prouvent bien leur nature hybride.

Le traitement a fait diminuer dans de notables proportions ces adénites mixtes, mais n'a pas pu les faire disparaître complètement. Ceci n'aurait rien de très probant, puisque dans l'adénite syphilitique le traitement peut rester impuissant; mais, de plus, les fragments de l'écrouelle à moitié guérie furent inoculés à des cobayes, et Leloir obtint ainsi de belles inoculations en série qui démontrèrent leur nature tuberculeuse.

Nous avons nous-même observé et suivi de longues années une jeune fille de 15 ans qui entrait à l'hôpital

1. Leloir, *Congrès de la tuberculose*, 1892, p. 163. Brunelli, Thèse de Lille, 1889.

avec une kératite interstitielle, une ostéite de l'extrémité supérieure du péroné et des ganglions suppurés du cou, notamment d'un volumineux ganglion sous-occipital en voie de ramollissement. Mis en éveil malgré les dénégations de la mère que nous consultions discrètement, le traitement spécifique améliora tellement la situation que la jeune fille fut absolument transformée en quelques mois. Mais le traitement fut impuissant à guérir complètement les écrouelles que nous fûmes obligés de curetter et dont l'aspect caséeux ne laissait aucun doute.

C'est seulement après ce curettage que la guérison complète fut obtenue ; peu de temps après, la mère finit par nous avouer par quelles raisons cette enfant était syphilitique, alors que son père putatif et ses frères étaient absolument indemnes de syphilis.

Ce n'est pas seulement à la syphilis héréditaire que peut s'associer la tuberculose mais encore à la syphilis acquise à toutes ses périodes, et les cas de Leloir sont mêmes empruntés à cette forme d'adénopathies mixtes.

Les observations ne sont pas rares, du reste. C'est ainsi que Schuchardt a lu au 21e congrès de chirurgie allemande l'observation d'un homme qui eut nettement des ganglions tuberculeux inguinaux à la suite d'un chancre du gland. Ces ganglions durent être extirpés.

Morel-Lavallée[1] a observé dans le service du Dr Fournier une femme de 25 ans environ qui, atteinte d'écrouelles de l'enfance guéries, fut syphilisée par

1. *Études sur la tuberculose*, 1888, p. 154.

son mari. Il se fit peu après des adénites mixtes multiples, si bien que cette femme fut prise de gommes ganglionnaires ulcérées et végétantes de l'aisselle gauche ; survint une pleurésie, puis une péritonite, et finalement elle mourut de méningite. A l'autopsie on trouva une tuberculose ganglionnaire généralisée, pas de granulie et des poumons relativement épargnés.

Cette observation confirme bien l'opinion de Landouzy[1], sur la malignité de la syphilis s'attaquant à un tuberculeux, car il est bien probable que la femme dont Morel-Lavallée nous raconte l'histoire n'était guérie qu'en apparence et qu'il restait des bacilles dans ses ganglions.

Tout autre serait le sort, toujours d'après Landouzy, des vieux syphilitiques auxquels viendrait s'attaquer la tuberculose. Les syphilitiques dans ce cas lui ont paru faire une tuberculose particulièrement lente, torpide, apyrétique, non diffusante, sclérosante au point de vue anatomo-pathologique. C'est à propos de cette catégorie de malades anciens syphilisés néo-tuberculeux qu'il emploie l'expression pittoresque de *sclérolate de tuberculose.*

Thierry, dans son étude sur les suites immédiates et éloignées de la tuberculose attire l'attention sur la bénignité des adénopathies tuberculeuses de l'aine. Alors que les adénites cervicales sont désolantes par la rapidité des récidives, alors que les adénopathies axillaires démontrent une altération profonde de l'organisme, les adénopathies tuberculeuses de l'aine, surtout celles qui succèdent à des chancres ou à la

1. Landouzy, *Congrès de la tuberculose*, 1892.

blennorrhagie donnent des résultats opératoires définitifs remarquables.

Il y a là, dit-il[1], une inconnue que notre maître (M. Verneuil) trouverait peut-être dans l'hybridité des bubons chancrello et syphilo-strumeux ; c'est un terrain nouveau et encore trop peu exploré que celui de l'étude de l'influence réciproque des diathèses existantes. Nous signalons le fait, nous publions les résultats qui serviront peut-être à d'autres documents; mais nous faisons observer que les soins particuliers que nous avons apportés à l'examen histologique et aux inoculations ne permettent guère de contester la nature tuberculeuse de ces adénopathies.

Suit un tableau de 19 cas de ces adénopathies mixtes pour lesquelles les résultats opératoires (extirpation, curage, etc.) ont été particulièrement remarquables.

C. — *Association du bacille de la tuberculose et du gonocoque. — Bubon tuberculeux blennorrhagique.*

Babès, Schuchardt, Thierry ont signalé des faits d'association de la tuberculose et du gonocoque dans les ganglions.

Il ne serait pas très rare de voir chez un strumeux porteur de ganglions de l'aine la blennorrhagie produire de la suppuration tuberculeuse de ces ganglions.

Du même ordre ce fait bien connu cliniquement que le bubon blennorrhagique qui se termine toujours par la résolution, suppure s'il se produit chez un strumeux, alors même que ce strumeux n'avait pas auparavant de ganglions apparents dans l'aine.

1. Thierry, p. 237, *De la tuberculose chirurgicale, suites immédiates et éloignées.*

Cette association microbienne n'aurait pas grand caractère de malignité et les bubons tuberculeux blennorrhagiques guériraient facilement par une intervention simple ou sans intervention.

D. — *Hybrides scrofulo-arthritique.*

Au dernier congrès de la tuberculose M. Verneuil a émis cette hypothèse que le lymphadénome pourrait bien être un hybride de la scrofule et de l'arthritisme. Il a formulé cette hypothèse d'après 3 cas où il a observé chez des porteurs de cette affection des antécédents soit héréditaires soit personnels de l'arthritisme avéré et de la tuberculose. Enfin Jonnesco a présenté au congrès de chirurgie de 1886 un panaris tuberculeux greffé sur une nodosité rhumatismale. On peut évidemment chez un gangliophymique constater des signes incontestables d'arthritisme, mais nous sommes mal renseignés sur les modifications que peut apporter à la tuberculose ganglionnaire la tare arthritique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Période des granulations grises ou des nodules crus.
2° Période de caséification, ramollissement et fonte purulente.
3° Terminaisons par sclérosc, calcification, dégénérescence kystique.
4° Les bacilles dans les adénopathies tuberculeuses.

Les ganglions atteints par la tuberculose passent par plusieurs périodes distinctes à la coupe et à l'examen histologique.

Dans des ganglions très voisins ou dans le même ganglion on peut trouver les différents degrés d'altération.

1. PÉRIODE DE GRANULATIONS GRISES, NODULES CRUS

Généralement le ganglion tuberculeux même au début est très augmenté de volume, mais de très petits ganglions dépassant à peine le volume normal peuvent être atteints de lésions déjà avancées, c'est ainsi que dans la polyadénopathie généralisée chez les enfants, Mirinescu a trouvé des ganglions du volume d'un grain de millet offrant à l'œil nu de petits foyers caséeux; — à côté de cela l'adénopathie peut atteindre le

volume d'un œuf de poule quand elle est isolée et du poing quand plusieurs ganglions sont agglomérés.

En effet, dit Cornil[1], le volume de ces organes est surtout en rapport avec les divers modes d'inflammation qui compliquent les tubercules. Ainsi lorsque à leur début les granulations sont accompagnées d'une congestion inflammatoire intense, comme cela n'est pas rare, les ganglions acquièrent un volume beaucoup plus considérable que dans les conditions opposées.

De ce degré de congestion dépend également la coloration du ganglion malade, cette coloration varie du rouge lie de vin au gris jaunâtre classiquement comparé à du veau lavé.

Sur une coupe on fait rarement saillir à la surface les granulations qui ne se distinguent pas du tissu voisin ou ne s'en distinguent que par une coloration un peu différente; il ne faudrait donc point se fier à l'inspection seule pour en nier l'existence. Dans certains cas au contraire les granulations atteignent un volume appréciable à l'œil nu, elles peuvent même par leur nombre et leur rapprochement former de gros amas tuberculeux.

Rares ou confluentes, elles ne diffèrent pas notablement dans les adénopathies de ce qu'elles sont partout ailleurs.

Les granulations, disent Cornil et Ranvier, sont constituées à leur début par un tissu réticulé dans lequel les cellules lymphatiques sont comme tassées, deviennent granuleuses et s'atrophient. Bientôt les vaisseaux capillaires s'oblitèrent et il se forme des cellules géantes. Le tissu

1. Cornil et Ranvier, 1884.
2. Cornil et Ranvier, t. I, page 653, 1884.

réticulé qui avoisine les granulations se continue dans leur intérieur et celles-ci n'en diffèrent que par de légères modifications des cellules lymphatiques et capillaires qu'elles contiennent.

Le tissu des granulations tuberculeuses est donc très voisin du tissu réticulé normal; dans ces granulations, les cellules lymphatiques s'atrophient et se tassent les unes contre les autres, les fibrilles du tissu réticulé s'amincissent et deviennent granuleuses, puis le stroma réticulé et les cellules s'unissent intimement et tout ce tissu parsemé de nombreuses cellules géantes subit ultérieurement la dégénérescence caséeuse.

Les granulations peuvent exister dans tout le ganglion, à sa surface, dans sa capsule fibreuse et autour des vaisseaux afférents, c'est même là qu'on les observe tout d'abord. Leur développement s'accompagne d'une réaction inflammatoire généralement vive et tout le système vasculaire dans la zone périphérique est très dilaté.

L'enveloppe cellulo-fibreuse du ganglion qui contient elle-même des follicules riches en bacilles est épaissie, plus dure que d'habitude, et le ganglion paraît comme encapsulé; c'est de la capsule suivant les vaisseaux artériels, puis les capillaires, gagnant enfin le tissu réticulé que partent les faisceaux fibreux, premier travail de sclérose qui peut arriver progressivement à transformer tout le ganglion ou tout au moins à isoler le foyer caséeux moyen de l'économie contre l'invasion bacillaire.

Cette néoformation fibreuse se caractérise à l'œil nu, sur la section d'un ganglion, sous la forme de petits îlots clairs, transparents qui se colorent facilement en rouge par le carminate d'ammoniaque.

2. PÉRIODE DE RAMOLLISSEMENT ET DE FONTE PURULENTE

Le travail de sclérose ne suffit pas toujours à empêcher la caséification et la suppuration dans les ganglions. Dans un point ou dans plusieurs points à la fois les tubercules dégénèrent en une substance jaunâtre, produit de nécrose, engendré par les toxines des bacilles ou par l'oblitération des capillaires.

Ces produits de dégénérescence isolés tout d'abord, se fondent les uns avec les autres et font que le ganglion n'est bientôt plus qu'une masse caséeuse jaunâtre encapsulée.

Les produits de caséification peuvent rester longtemps en cet état; mais, à un moment donné, le tissu périadénique s'enflamme; la peau se mortifie et ils sont éliminés avec la suppuration.

L'abcès tuberculeux peut être très limité et le ganglion vidé de son contenu ne présente plus qu'une coque plus ou moins épaisse, continuant à suppurer par un trajet fistuleux. — Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, le tissu cellulaire peut suppurer au loin, se décoller sur une assez grande étendue et la peau s'ouvrir par des trajets multiples; d'autres fois plusieurs ganglions suppurés forment une vaste caverne anfractueuse environnée elle-même de ganglions moins avancés comme lésions. Tous ces ganglions à des degrés variables de tuberculisation, intimement unis les uns aux autres par la périadénite, forment les *masses ganglionnaires.*

La propagation de ganglion à ganglion se fait non seulement par les vaisseaux efférents, mais par le

simple contact de voisinage. Ce contact est produit par l'hypertrophie même des ganglions primitivement atteints et le contage bien facile, puisque la capsule, nous l'avons vu, est elle-même tuberculeuse.

Ce tissu, disent Cornil et Babes, est lui-même épaissi, infiltré de petites cellules et de granulations tuberculeuses assez loin des ganglions; on rencontre, dans le tissu conjonctif œdémateux du médiastin, des vaisseaux sanguins et lymphatiques dont les cellules contiennent des micro-organismes.

Il ne faut donc point s'étonner des propagations irrégulières et contraires au cours de la lymphe; cette propagation de la tuberculose par les lymphatiques est plus ou moins rapide suivant une foule de causes, suivant les espèces animales et suivant les individus quand il s'agit de l'espèce humaine. Chez l'enfant en bas âge comme dans la polyadénopathie mono-ganglionnaire elle peut être très longtemps limitée à un seul ou à quelques ganglions.

Le professeur Sheridan Delepine a expérimenté sur le cobaye cette propagation de la tuberculose.

Vingt cobayes sacrifiés au bout d'un mois offraient une propagation tuberculeuse très nette de tous les lymphatiques du côté inoculé. Quinze avaient une tuberculose des ganglions sus-diaphragmatiques des deux côtés du corps. Sur sept sujets les ganglions inguinaux superficiels étaient pris, sur deux les ganglions inguinaux profonds, sur deux les ganglions lombaires inférieurs, mais dans aucun cas le ganglion poplité du côté sain n'était atteint.

L'inoculation avait été faite dans la cavité articulaire du genou.

D'après Delepine, deux modes de propagation peuvent seuls rendre compte de ce mode d'invasion particulier du système lymphatique.

1° Une propagation le long des parois de quelques lymphatiques dans une direction opposée à celle du courant. Ce serait une sorte de régurgitation du bacille dans le sens opposé au courant. Il faudrait alors admettre comme probable une oblitération plus ou moins complète de la lumière du canal à son abouchement avec les lymphatiques malades.

2° Une propagation à travers le système des lacunes lymphatiques [1].

Dans la polyadénite périphérique, d'après Mirinescu, la sclérose est la terminaison la plus fréquente; la dégénérescence caséeuse, plus rare, se voit surtout dans les plus gros ganglions, ceux de l'aisselle ou du cou.

La sclérose est donc le processus le plus heureux; c'est par lui que peut se faire à tout âge, mais surtout chez l'enfant, et aussi à toutes les périodes de la tuberculisation, mais surtout à la première, la guérison des gangliophymies. Elle transforme les ganglions suppurés ou non en petites masses dures plus ou moins sensibles sous la peau et persistant à cet état pendant un temps très long.

La calcification, sur laquelle nous reviendrons ailleurs plus longuement, est plus rare, surtout en ce qui concerne les adénopathies externes.

Enfin, le ganglion suppuré encapsulé peut se

1. Sheridan Delepine, *Société de pathologie de Manchester*, analyse de la *Médecine moderne*, mars 1894, p. 329.

transformer, comme nous avons eu deux fois occasion de le voir dans des adénopathies très anciennes, en un véritable kyste séreux à parois très épaisses ou même calcifiées.

A propos de la polyadénite, Mirinescu se demande pourquoi ou plutôt par quel mécanisme tel ganglion aboutit à la caséification, tandis que tel autre subit un processus scléreux, l'agent pathogène étant le même dans les deux cas.

Si l'évacuation vasculaire et, par conséquent, l'arrêt de la circulation se fait sur une grande étendue et par la coagulation de la fibrine, le ganglion subit la dégénérescence caséeuse, puisque le produit de la néoformation se trouve de bonne heure privé de sang.

Au contraire, si l'oblitération est due à l'endopériartérite et à l'hyperplasie conjonctive, l'arrêt de la circulation se fait beaucoup plus lentement, les îlots tuberculeux continuent à être irrigués par le sang; mais, en même temps, le tissu conjonctif se trouve en état continuel d'irritation, il prolifère d'une façon active, le processus scléreux l'emporte sur le processus caséeux.

Nous terminerons en disant que dans les adénopathies périphériques la sclérose est la plus fréquente; on la trouve dans les plus petits ganglions, ceux surtout qui sont au pli de l'aine; quant à la dégénérescence caséeuse, elle est plus rare, c'est dans les plus gros ganglions qu'on la trouve, surtout dans ceux de l'aisselle et du cou.

Nous n'avons jamais observé la dégénérescence calcaire dans la polyadénite périphérique[1].

Les bacilles sont, d'une façon générale, très peu nombreux dans les adénopathies tuberculeuses, sur-

1. Mirinescu, Thèse citée, page 41.

tout dans les adénopathies externes à type strumeux : il faut multiplier les coupes à l'infini avant de les trouver, et même parfois la recherche est infructueuse; ils ne peuvent être mis en évidence, ce qui ne prouve point qu'ils n'existent pas, puisque l'inoculation sériée les y affirme. Tout ce qu'on peut dire, en fait de recherche négative des bacilles dans les ganglions, c'est qu'on ne les y a pas trouvés.

Ils existent surtout dans les cellules géantes, et particulièrement dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques venant d'organes infectés de tuberculose : là même leur présence, qui est fréquente, n'est pas constante.

Ils sont plus rares dans la matière caséeuse ou dans les vieux ganglions en partie sclérosés que dans les ganglions à granulations grises de la première période. Cependant, il a été prouvé par les inoculations que les vieux foyers caséeux, même calcifiés en partie, contiennent encore des bacilles (Déjerine) et que les bacilles conservent encore leur virulence quand même ils sont enfermés dans une coque complètement crétacée[1].

Les bacilles n'existent pas dans le ganglion seulement, mais dans la capsule épaissie, et encore dans le tissu embryonnaire qui enveloppe les vaisseaux sanguins et lymphatiques (Cornil et Ranvier).

Comme nous le verrons plus tard, outre le bacille de la tuberculose, on trouve dans les ganglions suppurés d'autres bactéries, notamment celles de la suppuration; nous étudierons le rôle important que pa-

1. Haushalter, *Revue médicale de l'Est*, 1891.

raissent jouer ces associations sur l'évolution de la tuberculose dans les ganglions.

Signalons enfin dans les adénopathies, mais c'est surtout dans les adénopathies viscérales qu'on les a observés, les tuberculoses zoogléiques de Malassez et Vignal, les microcoques en amas d'Eberth, etc.

SYMPTOMES, MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS

Forme aiguë. Rare et grave. — *Forme chronique;* comprend : 1° une période d'hypertrophie; 2° une période de ramollissement et de suppuration. — Causes de la suppuration dans les adénopathies tuberculeuses. — Fistules et leurs complications possibles. — Symptômes fonctionnels des adénopathies. — Symptômes de la polymicro-adénopathie généralisée de l'enfance. — Guérison par sclérose ou calcification. — État général des ganglionnaires. — Terminaison possible par la généralisation et la mort.

Que l'on puisse ou que l'on ne puisse pas constater la porte d'entrée qui l'a provoquée, l'adénopathie offre un certain nombre de symptômes communs, mais une marche bien différente, suivant les circonstances. La circonstance qui, d'emblée, influe le plus sur cette marche est la nature du terrain qui reçoit le germe contage; l'âge, les maladies antérieures, etc., ne paraissent agir qu'en modifiant eux-mêmes le terrain où va évoluer le tubercule.

L'adénopathie tuberculeuse n'est donc pas toujours semblable à elle-même, et il faut décrire :

1° UNE FORME AIGUË

Cette forme est rare, mais elle existe; nous avons été à même de l'observer plusieurs fois. Les adultes

y paraissent plus disposés que les enfants. On la voit surtout à la région cervicale, produisant un gonflement rapide, avec tendance à la suppuration et à l'envahissement de proche en proche, s'accompagnant de périadénites étendues. La fièvre et la douleur qui l'accompagnent ne sont que la conséquence de leur développement hâtif et de la suppuration intra et extra-ganglionnaire qui se produit en quelques jours.

Il ne faut pas la confondre avec les poussées plus ou moins aiguës au cours d'une adénopathie lente ordinaire, qui subit, sous l'influence d'une infection mixte, une poussée inflammatoire (fièvres éruptives, suppuration dans le même département lymphatique).

Ce qui fait sa gravité toute particulière, c'est que, dans ces cas, on a vu souvent la généralisation sous forme de méningite ou de granulie pulmonaire (Delafield).

Un des deux seuls cas de mort par méningite que nous ayons à déplorer dans les 245 observations que nous avons recueillies s'est produit chez un enfant qui avait présenté cette forme rapide et fébrile de la bacillose ganglionnaire. C'était un garçon de 12 ans, très atteint, il est vrai, par des tuberculoses locales multiples, ostéite de l'humérus, spina ventosa d'un doigt; mais c'est l'adénopathie qui domina la scène en dernier lieu, et parut le point de départ de la généralisation.

Très souvent, dans ce cas, la fièvre et la douleur, parfois des phénomènes de compression, imposent des incisions pour évoquer le pus et faire cesser des phénomènes menaçants.

L'extirpation, qui serait du reste extrêmement dif-

ficile, n'est pas de mise, et serait suivie de méningite ou de phtisie à marche rapide.

Il y a là en somme une tuberculisation aiguë des ganglions analogue à la granulose aiguë du poumon (Robin, Delafield).

La terminaison mortelle n'est heureusement pas la règle : il est plus commun de voir à un début aigu, phlegmoneux pour ainsi dire, succéder, au bout de quelques jours, une allure plus lente, et l'adénopathie, qui avait débuté avec fracas, prend ou reprend l'allure torpide la plus habituelle.

2° La forme chronique

Les adénopathies peuvent rester isolées, monoganglionnaires, ou bien se grouper en masse ou en grappes polyganglionnaires, suivant les formes de l'envahissement. Mais dans tous les cas, uniques ou multiples, disposées en chaînes ou massées en paquet, elles passent plus ou moins rapidement par plusieurs périodes. Il est bien entendu que quand plusieurs ganglions malades sont pris à la fois, ils le sont très souvent à des degrés différents d'altération, et qu'à côté d'un ganglion ramolli ou suppuré on peut trouver un ganglion encore dur.

1° *Période d'hypertrophie.*

Les ganglions sont plus ou moins volumineux ; isolés, il est rare de les voir dépasser le volume d'un œuf ; mais, réunis en masse, ils peuvent prendre le volume du poing. Ils sont durs, de consistance élastique, ovoï-

des ou sphériques, peu ou point douloureux à la pression. Généralement la peau est souple au-devant d'eux et sans changement de couleurs. Les ganglions émergent pour ainsi dire au milieu des autres tissus et paraissent sous-cutanés.

Nous avons vu plusieurs fois, et nous en possédons actuellement un bel exemple, l'adénopathie cervicale en grappe s'accompagner d'une sorte d'œdème dur au milieu duquel sont noyés les ganglions. Cet œdème augmente singulièrement la déformation de la région et fait avec les ganglions une masse très volumineuse. S'agit-il dans ces cas d'une sorte d'éléphantiasis strumeuse par gêne de la circulation dans les lymphatiques ou d'une véritable cellulite tuberculeuse? Nous nous proposons d'étudier cette question qui est loin d'être élucidée pour ces œdèmes, pour les œdèmes durs des lèvres chez les strumeux ou des membres atteints de tumeurs blanches.

Ce n'est point en effet un phénomène propre aux adénopathies; nous observons une jeune fille dont les deux jambes présentent au plus haut point cet œdème dur indépendant de toute autre localisation tuberculeuse. De temps en temps au milieu de ce tissu il se forme une petite gourme qui s'ouvre et se cicatrise en quelques jours. Lejars a vu un cas analogue dans le service de Lailler.

Cette période hypertrophique peut durer pendant des années sans tendance à la suppuration; mais généralement, si l'on n'est pas intervenu par un traitement actif, les ganglions se ramollissent, donnent la sensation de fluctuation. En même temps la peau devient adhérente au ganglion qui va suppurer, devient rouge

violacé, ne forme bientôt plus qu'une pellicule mince qui cède sous la moindre pression. Mais très longtemps les ganglions peuvent être suppurés avant que le moindre travail d'élimination soit commencé.

2° *Période de suppuration.*

Cette fonte purulente, très lente à se produire d'ordinaire, peut affecter une forme subaiguë quand survient l'influence d'un traumatisme, du froid, d'une grippe, d'une inflammation de voisinage ou d'une fièvre éruptive. En quelques jours les ganglions augmentent de volume et deviennent douloureux, la peau devient rouge, et la suppuration se produit avec une légère réaction fébrile.

Dans ces cas il y a eu association de bactéries de la suppuration qui ne sont probablement pas absolument nécessaires à la production du pus, mais qui la déterminent dans le plus grand nombre des faits observés.

Telle est l'opinion de Babes, qui dans une série d'expériences a pu constater que chez des lapins, par exemple, qui portaient des lésions très chroniques des articulations produites avec des cultures atténuées d'origine humaine ou aviaire, ces lésions s'étendirent très rapidement sous l'influence de streptococci qui restaient sans effet sur les animaux sains.

Ce même auteur a démontré maintes et maintes fois l'action nocive de ces associations des microbes de la suppuration :

« Nos recherches expérimentales, dit-il, n'ont pu établir un seul fait démonstratif d'une influence salu-

taire d'un microbe associé sur la marche de la tuberculose[1] ».

M. Verneuil[2] se demande au contraire si les microbes pyogènes dont la présence est la cause des poussées inflammatoires dans les abcès froids et dans les adénites tuberculeuses n'entraient pas en lutte avec le bacille tuberculeux et ne les détruisaient pas. Il croit que quand cette inflammation ne dépasse pas certaines limites, elle peut être plus utile que nuisible et amener la guérison de suppurations qui autrement auraient été intarissables.

M. Hallopeau[3] recherche également comment se produisent les suppurations ganglionnaires. Supposent-elles nécessairement l'intervention des microbes dits pyogènes auxquels les tissus altérés par la tuberculose offriraient un terrain favorable? le contage tuberculeux suffit-il au contraire à les provoquer? et s'il en est ainsi, comment faut-il comprendre l'action de ce contage? Pourquoi enfin ces suppurations dans des conditions en apparence identiques ne surviennent-elles que chez certains sujets?

Voici ses conclusions qui portent sur le lupus, mais *a fortiori* sur les adénopathies tuberculeuses suppurées et les abcès froids :

1° Les bacilles de la tuberculose peuvent, même dans la forme atténuée qu'ils revêtent dans le lupus, produire des suppurations sans l'intervention des microbes dits pyogènes;

2° Ces suppurations sont dues, selon toute vraisem-

1. *Congrès de* 1891, p. 159.
2. *Congrès de* 1891, p. 177.
3. *Congrès de* 1891, p. 160.

blance, aux produits chimiques engendrés par ces bacilles;

3° Les suppurations variées que provoquent les inoculations de lymphe de Koch fournissent un nouvel argument en faveur de cette interprétation;

4° Elles ne se produisent que chez les sujets prédisposés.

M. Cornil[1] accepte comme un fait rare que la suppuration soit déterminée par le microbe de la tuberculose seul : le plus souvent, dans les abcès froids d'origine osseuse ou ganglionnaire, il y a d'autres microbes qui sont le plus ordinairement des staphylocoques, mais dans quelques cas des streptocoques.

En même temps que du pus grumeleux plus ou moins bien lié, sort de l'orifice fistuleux le caséum tuberculeux; mais la coque ganglionnaire continue à suppurer sans tendance à la cicatrisation. Tout autour de la fistule, la peau est souvent décollée par la fonte du tissu cellulaire, résultat de la périadénite; nous avons vu le ganglion comme isolé au milieu des tissus et presque énucléé naturellement. Les fistules sont violacées, laissant entre elles, quand elles sont multiples, des ponts de peau amincie; — les bords en sont déchiquetés et irréguliers, orifice d'un cratère à fond granuleux, jaunâtre par le caséum non encore liquéfié.

Les ganglions qui tout d'abord étaient mobiles contractent des adhérences avec les parties profondes ou voisines et deviennent immobiles.

Dans les masses polyganglionnaires la fonte simultanée de plusieurs ganglions adhérents donne lieu à des cavernes tuberculeuses anfractueuses et pro-

1. Cornil, *loco citato*, p. 179.

fondes reposant sur la base dure des ganglions moins avancés.

Ces masses ganglionnaires, bosselées, criblées de fistules irrégulières et de cratères fongueux, ont un caractère des plus répugnants et font le désespoir des pauvres malades et de leur famille.

Les fistules ganglionnaires peuvent s'accompagner de complications multiples :

1° Érysipèles à répétition, pseudo-érysipèles des strumeux, qui n'offrent pas une grande gravité, mais produisent à la longue un œdème dur des tissus ;

2° Lymphangites chroniques inflammatoires ou tuberculeuses ;

3° Inoculations tuberculeuses de la peau voisine sous forme de tubercules verruqueux ou d'ulcérations : de véritables lupus ont été observés à la suite d'adénites suppurées sous-maxillaires, sous-mentales, rétro-auriculaires, axillaires et épicondyliennes (Morel-Lavallée, Renouard, Quinquaud, Bouisson) ;

4° Bourgeonnement exagéré des parois de l'abcès et de la fistule donnant lieu à ces fongosités molles, rouges-blafardes, s'étalant au dehors sous forme d'un champignon : ces fongosités sont rarement très saignantes ;

5° Décollements de la peau et fusées purulentes.

Les fistules peuvent se tarir pendant un certain temps, puis se rouvrir de nouveau, ou bien de nouvelles se forment par le ramollissement d'un nouveau ganglion ; la suppuration n'est jamais très abondante, mais incessante et son écoulement imparfait ; sa stagnation dans des clapiers irréguliers n'est pas sans porter une atteinte grave à la santé générale ;

6° Ouverture possible dans les gros vaisseaux veineux ou dans la trachée.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Un fait qui domine les troubles fonctionnels des adénopathies, c'est l'absence de douleur en dehors des poussées aiguës et la rareté des phénomènes de compression. Cependant citons à titre exceptionnel :

1° *A la région cervicale.* — *a*) Les troubles laryngés, graves par la compression qu'exercent sur le nerf récurrent les petits ganglions développés dans le sillon trachéo-œsophagien (Gouguenheim) ;

b) La paralysie faciale survenant par compression au cours d'une adénopathie parotidienne (Dodin).

2° *A la région axillaire.* — Le symptôme fonctionnel qui domine est la gêne des mouvements, car la compression des vaisseaux avec œdème consécutif si fréquente dans les dégénérescences cancéreuses est ici presque inconnue. Les ganglions suppurent au fur et à mesure avant d'avoir acquis le volume nécessaire pour produire une gêne sérieuse de la circulation en retour.

3° *A la région iliaque.* — La douleur est variable et s'accompagne souvent, quand elle existe, d'irradiation sur le trajet du crural et du sciatique, diminuant par la flexion de la cuisse. Quand le malade marche, il le fait un peu à la façon des coxalgiques, et cette attitude a pu même faire errer le diagnostic, comme nous le verrons.

Comme troubles de voisinage, on a signalé l'œdème

des membres inférieurs et des troubles digestifs un peu analogues à ceux de la pérityphlite.

Quand les ganglions remontent jusqu'à la région lombaire, ils peuvent, par la compression des nerfs lombaires, donner à des crises névralgiques non seulement lieu dans les membres inférieurs, mais encore dans les reins (PETERS).

A la région rétro-pharyngienne. — Il n'est pas nécessaire d'insister sur la gêne de la déglutition, la sensation de corps étranger, la roideur du cou et même dans certains cas les troubles de la voix, qui devient nasillarde et sourde.

Abandonnées à elles-mêmes les adénopathies peuvent ainsi durer pendant des années avec des alternatives de mieux et de moins bien sans tendance à guérir naturellement. Mais il faut cependant établir des distinctions :

Dans l'enfance, on observe souvent des adénites isolées ou multiples qui n'arrivent jamais à la suppuration, restent pendant des années volumineuses et dures, puis se mettent à rétrograder lentement plus tard, à l'époque de la puberté ou sous l'influence d'un changement favorable de milieu. Même quand elles ont suppuré ces adénopathies sont susceptibles de guérisons spontanées ; elles ne doivent même pas être très rares, si on en juge par le nombre considérable des adultes qui portent des cicatrices non discutables d'écrouelles guéries.

Il n'est pas jusqu'aux masses ganglionnaires fistuleuses qui ne puissent se vider, puis se rétracter, ne

laissant à leur place qu'un noyau induré plus ou moins volumineux.

Ces guérisons se voient quand intervient le traitement rationnel général ; relativement faciles à obtenir, elles sont en faveur de l'expectation chirurgicale armée. Tout au moins, avant d'opérer, doit-on attendre plusieurs mois et n'agir que si les modifications apportées dans le *modus vivendi* de l'enfant paraissent sans influence.

C'est dans la première enfance que Legroux, Grancher et après eux Pascal ont étudié sous le nom de micro-polyadénopathie ou d'adénopathies généralisées périphériques une forme très intéressante de dégénérescence des ganglions dont Mirinescu a bien établi la nature tuberculeuse.

Ces adénopathies ont pour caractère d'être généralisées à presque tous les ganglions périphériques, au cou, à l'aine, à l'aisselle. La peau est intacte et les ganglions n'ont point un volume considérable, ils roulent sous la peau comme de petits grains de plomb, sans adhérences superficielles ou profondes, sans manifestations inflammatoires, durs, indolents, sans tuberculisation viscérale.

Dans ces cas, le bacille a envahi tout le système lymphatique, mais borne là, au moins pendant quelque temps, son envahissement.

Il a existé sans doute une porte d'entrée, mais on n'en trouve plus traces, si bien que les adénopathies ainsi constituées n'en restent pas moins une maladie très spéciale comme figure clinique bien différente des adénopathies similaires décrites par Parrot et Hervouët.

Ces adénopathies multiples s'accompagnent d'une cachexie progressive qui ressemble tellement à celle de l'athrepsie qu'on pourrait se reporter à la description magistrale qu'a donnée Parrot de cette maladie, s'il existait des troubles digestifs, mais ils manquent complètement. Cette cachexie aboutit au bout de trois ou quatre mois à la mort par aggravation de l'état cachectique, par une localisation viscérale secondaire, par une méningite ou par des accidents méningés de coma, ou bien encore par des convulsions ne répondant pas tout à fait à l'allure de la méningite ordinaire.

Nous reviendrons sur le pronostic de ces adénopathies généralisées qui n'est heureusement pas toujours aussi grave.

Dans l'adolescence, c'est-à-dire après treize ou quatorze ans, les guérisons spontanées, surtout s'il y a suppuration, sont beaucoup moins faciles; après vingt ans, l'intervention chirurgicale, quand elle est possible, devient presque indispensable, et si les injections modificatrices ne donnent pas de résultats, l'ablation devient la dernière ressource. C'est à cette période de la vie qu'on assiste par l'abstention systématique à des généralisations ou à l'apparition d'autres tuberculoses locales qui viennent dominer la scène et peuvent emporter le malade.

Chez les adultes et chez les vieillards, les adénopathies tuberculeuses ne sont pas rares, contrairement à ce qu'on a cru pendant longtemps; elles offrent à cet âge, chez les vieillards particulièrement, leur maximum d'indolence et surtout ne manifestent aucune tendance vers la guérison. Elles sont le signe d'une profonde déchéance de l'organisme et ne sont

souvent que la manifestation secondaire d'une cachexie grave, de la tuberculose pulmonaire, d'une profonde misère physiologique, de l'impaludisme chronique, du diabète, etc.

Le mode qu'emploie la nature pour arriver à la guérison des adénopathies tuberculeuses est le même que pour la tuberculose pulmonaire; c'est l'enkystement, l'étouffement des éléments tuberculeux par le tissu fibreux qui les enserre de tous côtés. Si nous admettons l'extrême fréquence de la tuberculose ganglionnaire chez les enfants, la sclérose doit être un mode très fréquent de guérison. Quand les ganglions ne sont point encore arrivés à la fonte, le tissu fibreux se substitue peu à peu aux éléments normaux et arrête l'extension bacillaire. Quand il y a eu fonte tuberculeuse, le tissu fibreux forme autour du ganglion dégénéré une capsule isolante remplie de caséum plus ou moins liquide. C'est également par ce mode que se cicatrisent les ganglions et le tissu périadénique envahi après l'évacuation par abcès du contenu tuberculeux.

La calcification est une terminaison plus rare; nous disons rare en ce qui concerne les ganglions externes; nous n'en avons jamais vu et on en trouve peu d'exemples dans la littérature médicale. Quand elle existe, elle est incomplète, n'atteint que la périphérie des ganglions et coexiste avec des lésions caséuses ou même purulentes. Le fait de Dubar[1] où un ganglion parotidien accompagné d'autres ganglions tuberculeux cervicaux avait subi une dégénérescence

1. *Société anatomique*, 1892.

calcaire complète est un fait exceptionnel. Généralement il y a soit une coque calcaire renfermant un caséum plus ou moins épais, soit des granulations calcaires disséminées dans le caséum ganglionnaire.

Au contraire, la calcification des ganglions lymphatiques des voies aériennes ou digestives a été fréquemment signalée à la suite d'affections tuberculeuses (ANDRAL, LANCEREAUX, BRECHET, CRUVEILHIER, KOBNER).

Le diagnostic rétrospectif peut dans ces cas être difficile quand la lésion primitive, originelle, de l'organe tuberculeux qui déverse ses produits dans le ganglion est guérie. L'examen bactériologique seul trancherait la question. M. Robin[1] a en effet signalé ces mêmes calcifications ganglionnaires en dehors de la tuberculose chez des ouvriers stucateurs et a donné à cette dégénérescence le nom d'adéno-gypsose ou maladie des stucateurs.

M. Colin[2] (d'Alfort) a rencontré plusieurs fois chez les grands ruminants des ganglions lymphatiques calcaires. Ces masses calcaires sont d'après lui de deux espèces : les unes se lient manifestement à la tuberculose dont elles sont une terminaison fréquente; les autres, plus rares, n'ont aucune connexité avec la tuberculose : elles sont le résultat de l'apport direct de matières salines d'origine extérieure.

D'après les analyses d'Henry, ces calculs tuberculeux sont composés de phosphate de chaux, de carbonate de magnésie, de phosphate magnésien, de carbo-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892.
2. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892.

nate de chaux, d'oxyde de fer, de cholestérine, de matières grasses.

L'adéno-gypsose de Robin se distinguerait de la calcification consécutive à la tuberculose par une très grande quantité de sulfate de chaux qui n'existerait pas dans cette dernière.

Malheureusement, dans les cas de Robin, l'analyse bacillaire n'a pas été faite, et il reste un doute sur la nature de l'affection qu'il a signalée.

Les anciens foyers de tuberculose ganglionnaire, vieux ganglions caséifiés ou ganglions ayant subi la dégénérescence fibro-crétacée, contiennent encore, alors même qu'on les retrouve dans les autopsies après un temps très long, des bacilles de la tuberculose (Déjerine, Cornil). Ainsi s'expliquent pour beaucoup d'observateurs leurs retours agressifs sous des influences multiples. Ainsi s'expliquent encore les méningites ou les granulies aiguës qui paraissent primitives au premier abord et qui ne sont cependant qu'un accident d'infection secondaire due à quelque vieux ganglion encore infecté.

L'état général chez les tuberculeux ganglionnaires peut continuer pendant longtemps à être florissant.

Ils ont bien l'aspect si connu du scrofuleux, son indolence, son teint blafard, rosé, transparent ou gris souris, etc., mais ils mangent bien et ne se plaignent que d'une gêne dans les mouvements du cou et à certain âge de la déformation disgracieuse qu'apportent leurs tumeurs.

Mais quand surviennent les suppurations, quand

ils sont à chaque instant soumis à des poussées inflammatoires subaiguës, quand les fistules multiples deviennent une source intarissable d'écoulement, leur santé s'altère, ils perdent l'appétit; la fièvre survient et si d'heureuses modifications ne se produisent pas, un véritable danger se trouve constitué : danger de nouvelles localisations tuberculeuses, ostéites, tumeurs blanches, maux de Pott, danger de méningite, de granulie aiguë. Ce danger est imminent si le malade est abandonné aux conditions de vie dans lesquelles la tuberculose s'est déclarée et si l'on n'avise pas à mettre l'organisme dans les meilleures conditions de résistance. L'œdème par albuminurie est rare dans la tuberculose des ganglions seuls, mais peut devenir un des modes de terminaison quand d'autres suppurations sont intervenues.

NATURE ET DIAGNOSTIC

Adénite inflammatoire chronique simple. — Adénite strumeuse. Elle ne se distingue pas de l'adénite tuberculeuse, mais paraît une tuberculose atténuée. — Adénite cancéreuse. — Lymphadénome. — Adénites syphilitiques. — Diagnostic de la polyadénite généralisée de l'enfance. — Diagnostic des adénopathies tuberculeuses suivant les régions qu'elles occupent.

Les adénopathies qu'on croyait autrefois simplement hypertrophiques sont le plus souvent de nature tuberculeuse ; la preuve n'en est plus à faire ; l'histologie, la bactériologie, les inoculations le démontrent. — Alors même qu'elle se développe chez un sujet vigoureux en apparence, exempt de prédispositions tuberculeuses, l'adénopathie est la plupart du temps de nature bacillaire.

Faut-il donc, en dehors des dégénérescences cancéreuses et du lymphadénome, n'admettre que des adénopathies tuberculeuses? Nous ne le croyons pas et nous étudierons successivement au point de vue du diagnostic :

1° L'adénite chronique inflammatoire simple ;

2° L'adénite strumeuse, — non point pour la distinguer de l'adénite tuberculeuse, mais pour établir qu'elle n'est qu'une tuberculose atténuée ;

3° L'adénite cancéreuse ;
4° Le lymphadénome ;
5° L'adénite syphilitique.

Enfin chaque localisation ganglionnaire prête à quelques considérations de diagnostic différentiel que nous passerons rapidement en revue.

1° ADÉNITES HYPERTROPHIQUES INFLAMMATOIRES SIMPLES

Elles doivent toujours paraître suspectes et le médecin qui les constate doit craindre une tuberculose ou une dégénérescence cancéreuse ; mais quand on les sait immuables depuis de longues années, indolentes, sans péri-adénites, quand surtout on peut s'expliquer leur origine par des poussées inflammatoires successives, subaiguës, répétées, dues à une irritation cutanée non tuberculeuse, il faut les admettre pour ne pas faire « un peu plus de tuberculose qu'il n'y en a ».

Ces adénites constituent un terrain tout préparé pour la tuberculose ; mais on ne peut pas dire qu'elles soient toujours d'ores et déjà tuberculeuses, parce que ce serait exagérer cette vérité que la plupart d'entre elles le sont contre toute attente. — On doit admettre leur possibilité en principe, mais n'accepter leur réalité qu'avec les plus grandes réserves.

Ricard, au Congrès de chirurgie de 1889, sous le nom d'adénopathies pseudo-tuberculeuses, Verneuil et Clado ont publié plusieurs observations qui semblent bien se rapporter à l'adénite hypertrophique inflammatoire non bacillaire. — Ces adénites ne semblaient sous l'influence d'aucune diathèse, persistaient depuis dix, quinze, vingt ans, sans aucune tendance au ra-

mollissement et à la suppuration et enfin donnaient des résultats *négatifs à l'inoculation.*

Je connais pour mon compte un homme très vigoureux, de 43 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel tuberculeux, qui porte depuis trente ans à la région axillaire une adénite assez volumineuse; elle y a pris naissance à propos d'un hydroa interdigital dont il était victime chaque année pendant les chaleurs de l'été. — Il n'est point probable que ces adénites soient tuberculeuses, mais je n'oserai l'affirmer qu'après inoculation négative. — Tout est là dans l'espèce, et comme les occasions d'enlever de semblables adénites sont rares, s'il ne s'y mêle une question d'esthétique, le doute planera longtemps encore sur beaucoup d'entre elles.

Le baron Larrey a décrit dès 1850 ces engorgements ganglionnaires qui naissent chez les jeunes soldats par le contact du col militaire; il a demandé que ce col fût supprimé, et les adénopathies disparurent. On ne trouvait jamais ces adénites chez les zouaves et chez les tirailleurs, qui gardent le cou découvert.

Sir T. Longemore a constaté le même fait dans les armées anglaises.

D'autre part Poulet et Kiéner semblent avoir mis hors de doute, même pour ce genre d'adénite, leur nature tuberculeuse.

Comme nous le disions à propos de l'étiologie, il est probable que ces adénites sont inflammatoires à l'origine et deviennent postérieurement tuberculeuses sous l'influence de l'infection mixte.

La production d'une adénite chronique purement inflammatoire suppose une inoculation lente ou sub-

aiguë répétée d'un agent inflammatoire et on les voit consécutives aux eczémas (ROLLAND), aux œdèmes chroniques dont la résorption agit comme irritant sur les ganglions qui plus tard se sclérosent (RENAUT), aux crevasses des mains calleuses des ouvriers, aux irritations chroniques produites par certaines poussières ou certains liquides, à l'ostéomyélite chronique et à certaines affections articulaires.

Sur 32 observations d'ulcères et d'eczéma variqueux des jambes, Janselme a constaté 28 fois des complications lymphatiques, 12 fois les ganglions étaient simplement hypertrophiés, 2 fois ils étaient énormes.

L'adénite *a frigore* est beaucoup plus suspecte, car on ne voit point ici la cause suffisante d'une inflammation chronique et le froid n'a été vraisemblablement qu'une coïncidence avec une infection bacillaire.

En somme, on devra surveiller de très près ces hypertrophies simples qui malgré leurs apparences peuvent être tuberculeuses ou tout au moins peuvent le devenir d'un moment à l'autre.

Ce qui fait, à notre avis, l'erreur des médecins qui n'acceptent qu'avec réserves la nature tuberculeuse de la plupart des adénites, c'est de voir dans leur bénignité et dans leur longue durée sans suppuration une garantie contre la tuberculose. Ne ressort-il pas de ce que nous avons dit qu'une pareille attitude n'est point incompatible avec la bacillose des ganglions? La tuberculose semble y sommeiller, elle peut y demeurer latente pendant toute une existence sans se révéler.

Ch. Nélaton[1] a décrit des adénites subaiguës sim-

1. NÉLATON.

ples à foyers purulents intraganglionnaires. Cette forme subaiguë torpide avait été déjà signalée par Velpeau et Chassaignac sous le nom d'adénite intra-ganglionnaire.

D'après Nélaton ce ne sont pas des adénites tuberculeuses, quoiqu'elles s'en rapprochent beaucoup par leurs symptômes ; elles sont inflammatoires et succèdent à des lésions superficielles (herpès du prépuce, écorchures insignifiantes depuis longtemps cicatrisées). Il semble qu'elles puissent être rapprochées des lymphangites tardives de G. Marchand et Jouet; comme ces dernières, elles se développent lentement après que la porte d'entrée des principes infectieux est close ; comme elles encore, ces adénites restent très circonscrites, très lentes dans leur évolution; peut-être, ajoute Nélaton, parce que la porte d'entrée ayant été très petite et s'étant vite cicatrisée, l'absorption de l'agent infectieux a été minime et n'a produit des effets qu'après culture en quelque sorte au milieu du ganglion. En somme, ces adénites subaiguës, de diagnostic très difficile, ne seraient pas tuberculeuses, mais nous ne voyons pas que des inoculations aient été faites. Ch. Nélaton parle d'examen histologique, nous en connaissons l'insuffisance.

2° ADÉNITES STRUMEUSES

Jusqu'à la découverte de Koch et aux moyens bactériologiques de contrôle que nous possédons, toutes les adénites passaient à l'origine pour des adénites strumeuses, la scrofule et les écrouelles se confondaient inévitablement ; puis à une période plus avancée

on est arrivé à décrire à part des adénites strumeuses et des adénites tuberculeuses ayant leurs caractères spéciaux et leur diagnostic propre. Par une réaction inévitable, nous avons une tendance que justifient les faits à rejeter complètement les premières du cadre nosologique.

Sans entrer dans la discussion traditionnelle des différences qui existent entre la scrofule et la tuberculose, il importe d'établir s'il existe des adénites scrofuleuses.

La question a été soulevée plusieurs fois au dernier Congrès de la tuberculose et nous résumons fidèlement les opinions émises par les hommes compétents qui ont fait des communications à ce sujet.

Au point de vue *clinique*, la distinction ne tient pas debout.

Les signes de l'adénite scrofuleuse sont identiques à ceux qui caractérisent l'adénite tuberculeuse de régions sous-cutanées, écrivait Le Dentu[1]. Voici cependant quelques petites différences : réunion en masses des ganglions d'une même région, volume parfois très considérable de la tuméfaction, lobulisation de la tumeur offrant des points durs et d'autres plus ramollis, tendance à l'ulcération de la peau et à une suppuration profonde et intarissable, cicatrisation laissant des traces profondes, indélébiles, fort disgracieuses.

Mais si l'on se reporte à la description des ganglions tuberculeux, on retrouve les mêmes symptômes. On sent que tous les auteurs se sont battu les flancs pour enfanter deux descriptions différentes qui n'ont pas leur raison d'être.

1. *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, t. XXI p. 81.

Les nuances d'évolution, la marche, les symptômes ne permettent pas d'établir un diagnostic différentiel clinique qui n'a pas sa raison d'être.

La clinique est donc d'accord avec l'examen microscopique et l'inoculation, qui vont nous permettre d'établir l'identité pathologique des adénites strumeuses et tuberculeuses.

L'*examen microscopique* n'est pas très satisfaisant au premier abord pour établir cette identité; dans beaucoup d'adénopathies tuberculeuses on a beau multiplier les coupes, on n'arrive pas toujours à y trouver des bacilles; mais, comme le fait très bien remarquer le professeur Cornil, ce résultat négatif n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attribuer. De ce qu'on n'a pas trouvé de bacilles dans un ganglion, on n'est pas en droit d'affirmer qu'il n'y en avait pas; leur nombre est parfois très limité et ils ont pu passer inaperçus là où ils existaient, et en fait l'inoculation positive vient démontrer, en même temps que la nature tuberculeuse de ces adénites, l'insuffisance de la recherche histologique qui avait été faite. Ajoutons que ce moyen de contrôle n'est pas à la portée de tous; il exige une instrumentation et une technique que tous les médecins ne peuvent avoir, et même après un examen soigneux fait par un histologiste expérimenté, il laisse toujours une porte au doute.

L'*inoculation* beaucoup plus accessible au plus grand nombre et beaucoup plus exacte a donné des résultats très intéressants.

Villemin avait déjà recherché si les inoculations donnaient des résultats différents dans la tuberculose avérée et dans certaines adénopathies se rapportant

plutôt à l'ancienne forme dite strumeuse. Ses inoculations ne donnèrent pas de résultats décisifs à cause des fautes de technique.

Mais depuis cette époque les inoculations péritonéales ou sous-cutanées ont donné entre les mains de Cohnheim, Schuller, Lannelongue, Kiener, Grancher, H. Martin des résultats si affirmatifs qu'il ne saurait y avoir le moindre doute. L'adénite strumeuse, le scrofulome de Grancher, les îlots strumeux de Cornil, les tubercules primitifs de Köster donnent lieu, alors même que les bacilles n'ont pu y être constatés histologiquement, à des résultats positifs et se révèlent tuberculeuses de par la lésion initiale, de par les tuberculoses ganglionnaires consécutives, de par la généralisation tuberculeuse mortelle à laquelle succombe l'animal inoculé.

Non seulement les ganglions les plus typiques qu'on puisse trouver de l'ancienne scrofule donnent ainsi la preuve de leur nature, mais des adénites purement hypertrophiques sans aucune lésion apparente se révèlent tuberculeuses. Bien plus, comme nous l'avons vu (Panizzi), les ganglions normaux chez des sujets sains peuvent contenir des bacilles et reproduire la tuberculose par inoculation.

Cependant le professeur Arloing[1] (de Lyon), tout en se défendant de vouloir faire revivre la scrofule comme maladie spécifique, établit une distinction dans les résultats qu'on obtient suivant qu'on inocule un produit franchement tuberculeux ou certaines adénites strumeuses.

1. *Congrès de la tuberculose*, 1889, p. 405.

Ces expériences se bornent à démontrer « que parmi les différents aspects sous lesquels s'offre la tuberculose ou la tuberculo-scrofulose, il existe des degrés variables de virulence dont la connaissance est intéressante au point de vue du pronostic ».

La tuberculose type empruntée aux poumons, au péritoine, aux méninges, a constamment déterminé chez le lapin et chez le cobaye la tuberculisation pulmonaire en deux mois.

L'adénopathie de type strumeux, choisie autant que possible chez de jeunes sujets paraissant exempts de lésions viscérales et, dans une certaine mesure, de suspicion ancestrale, a été inoculée concomitamment à des lapins et à des cobayes.

Or, en deux mois l'infection des cobayes était produite, tandis que les lapins persistaient à donner physiologiquement et anatomiquement les signes d'une bonne santé, et les enfants sur lesquels avaient été enlevés les ganglions sont restés des scrofuleux et rien que des scrofuleux.

Dans d'autres cas, avec des adénopathies enlevées à des malades qui paraissaient cliniquement de simples scrofuleux, M. Arloing a eu, même chez le lapin, des infections après inoculations; mais il s'est trouvé que dans ces cas les malades, contrairement à toute attente, étaient victimes de généralisations :

Faut-il donc conclure à l'existence d'adénites scrofuleuses et d'adénites tuberculeuses spécifiquement distinctes?

J'ai cherché dans le but de trouver les éléments de cette distinction, mais je n'ai pas obtenu de résultats convaincants. De sorte que je ne puis rien objecter de décisif à

ceux qui prétendraient que les adénites non infectantes pour le lapin sont dues à une tuberculose atténuée.

Toujours d'après M. Arloing, l'atténuation du virus peut aller jusqu'à l'impuissance vis-à-vis du cobaye.

Il a essayé, suivant la méthode de Pasteur, de restituer à ces bacilloses atténuées leur virulence, en les confiant pendant une ou deux générations à un organisme jouissant d'une grande réceptivité : il n'y est pas parvenu ; il est vrai que l'expérience n'a porté que sur deux générations, et peut-être en continuant la série y serait-on arrivé.

M. Nocard aurait été plus heureux et aurait réussi à rendre virulentes pour le lapin des tuberculoses ganglionnaires qui ne l'étaient pas tout d'abord ; il croit également que l'on doit tenir longtemps, plus longtemps que ne l'a fait M. Arloing (deux mois), le lapin en observation avant de le déclarer indemne.

Les mêmes expériences ont été faites pour les tuberculoses cutanées ; elles ont donné des résultats négatifs sur le lapin quand il n'y avait pas de lésions pulmonaires.

Dans les tuberculoses de l'appareil locomoteur le résultat opératoire a été plus satisfaisant chez les malades dont les lésions s'étaient montrées peu infectantes pour le lapin.

M. Nocard fait à ce propos remarquer qu'il ne saurait y avoir de doutes sur l'identité des lésions, puisque les adénopathies les plus franchement strumeuses contiennent des bacilles, mais elles les contiennent souvent en très petit nombre.

Or, dit-il, la question de quantité a une très grande im-

portance, surtout pour la tuberculose. Si en prenant une culture de tuberculose ordinaire on l'amenait au même degré de dilution que les produits tuberculeux, on obtiendrait, je crois, les mêmes résultats. Il n'y a pas pour moi une atténuation réelle portant sur la qualité des bacilles, il ne s'agit que d'une rareté plus grande de ceux-ci. La preuve que leurs propriétés ne sont pas affaiblies, c'est que les scrofuleux meurent souvent de granulie. Comment expliquer cela? Est-ce que les bacilles étaient atténués ou qu'ils se sont réveillés, ou bien les tissus du malade ont-ils, sous une influence quelconque, perdu leur résistance? La dernière interprétation est, je crois, la meilleure.

La scrofule du porc donne des lésions si pauvres en bacilles qu'on a beaucoup de peine à les y rencontrer même sur un grand nombre de coupes. L'inoculation de ces produits tue les cobayes en trois, quatre ou cinq mois, mais ne tue pas le lapin. Mais inoculez les cobayes en série, au fur et à mesure les bacilles se multiplient, et dès le quatrième passage par le cobaye les produits sont assez actifs pour que l'inoculation intraveineuse au lapin le tue en vingt-cinq jours par une véritable septicémie tuberculeuse [1].

M. Daremberg a eu occasion d'observer une tuberculose locale du lapin qui se généralise sur le cobaye et les lapins de un à trois mois, mais qui ne donne que des tuberculoses locales chez le lapin adulte, alors même que l'animal a été inoculé par trépanation.

Pour M. Leloir, il n'y a pas qu'une question d'espèce animale, il y a aussi la question du lieu inoculé. Même avec le lupus qui paraît une tuberculose plus atténuée encore que les adénopathies strumeuses, on

1. *Congrès de la tuberculose*, 1889, p. 411 et 1892, p. 679.

obtient des résultats en faisant les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil, alors que le résultat était resté négatif sous l'hypoderme du cobaye.

Le cobaye est le meilleur animal de réaction et donne des inoculations constantes de tuberculose atténuée si l'on fait l'inoculation péritonéale suivant la méthode indiquée par H. Martin ou la méthode hypodermo-épiploïque, qui consiste à laisser le fragment de tuberculose dans l'hypoderme abdominal en l'enveloppant dans un lambeau d'épiploon. On aura ainsi une lésion localisée, analogue aux gourmes scrofulo-tuberculeuses, et plus tard, mais il faut attendre plusieurs mois, des généralisations.

De plus il faudrait inoculer non pas de petits mais de gros morceaux. Il n'est pas absolument prouvé, dit M. Leloir, dans l'état actuel de la science qu'il n'y ait pas pour les produits scrofulo-tuberculeux une différence de qualité, de virulence moindre ; mais la question de technique, la question de temps, la question d'animal, la question de quantité sont très importantes pour se prononcer sur la valeur d'une inoculation.

La question de quantité est surtout importante : quand il y a une petite quantité de bacilles, comme dans la scrofulo-tuberculose, introduire de gros morceaux ; de petits dans la tuberculose avérée où les bacilles sont très nombreux.

En procédant de cette façon on aurait l'échelle de virulence suivante, en allant de la plus grande atténuation vers la virulence :

Lupus ;

Gommes scrofulo-tuberculeuses tégumentaires ;

Tuberculose vraie des téguments;
Adénopathies tuberculeuses;
Tuberculoses locales ostéo-articulaires;
Tuberculoses viscérales.

M. Verneuil remarque que la question de virulence ne doit pas être séparée de la question de quantité; car dans les fongosités articulaires, par exemple, où les bacilles sont en si petites quantités qu'on ne les y rencontre pas ou pour ainsi dire jamais, les résultats de l'inoculation sont positifs.

Wyssokovicz [1] attache beaucoup d'importance à la question de quantité : plus le nombre de bacilles injectés est petit, plus le tubercule évolue lentement. Chez le lapin, l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'un petit nombre de bacilles, 8 (cultures pures), 30 à 40 (crachats), ne produisit aucune lésion au bout de quatre-vingt-douze à cent quarante-cinq jours. Chez un seul lapin il se développa un petit tubercule fibreux dans le poumon.

On peut expliquer la différence de réaction du cobaye et du lapin par les inoculations de tissus scrofuleux peu riches en bacilles.

Preyss affirme le même fait, mais il ajoute que la débilitation de l'animal produite par le jeûne ou une glycosurie artificielle favorise l'extension de la tuberculose, surtout aux ganglions bronchiques et aux poumons.

En résumé, de l'avis général, il ne semble point y avoir, au point de vue anatomique pas plus qu'au point de vue clinique, de différences essentielles entre les

1. *Münch. med. Woch.*, 1890.

adénopathies tuberculeuses et les adénopathies strumeuses.

La façon différente dont se comporte devant l'inoculation aussi bien que dans l'économie l'adénite dite strumeuse est produite :

1° Par le petit nombre de bacilles qu'elle contient (Leloir, Nocard, Roux[1]) ;

2° Par l'intensité moindre de la virulence (Arloing, Verneuil, etc.);

3° Par la résistance variable de l'animal inoculé et par le lieu d'inoculation ;

4° Enfin, pour ce qui regarde l'homme, la principale différence dans l'évolution tient aux résistances très variables de l'organisme, suivant l'individu, ses antécédents ancestraux, son mode de vie, ses maladies antérieures ou concomitantes, etc.

Les bacilles introduits dans nos ganglions sont peut-être variables en virulence ; mais ce qui fait surtout le danger de l'inoculation bacillaire, c'est le terrain sur lequel se déposera la culture. Cette culture sera différente chez le scrofuleux, chez l'arthritique, chez le syphilitique, chez l'homme en pleine santé.

Il n'existe pas d'adénites scrofuleuses mais des adénites tuberculeuses dont le virus a été atténué ou exagéré par le milieu ganglionnaire où il se cultive, où il prolifère, où il meurt souvent sur place sans se manifester, mais d'où il peut, par contre, se généraliser à toute l'économie.

Les mots de scrofule, tempérament scrofuleux, constitution lymphatique ne doivent être conservés que pour caractériser un certain genre d'individus à peau bla-

farde, à grosses lèvres, à tissus mous, à cheveux roux ou blonds, aux *vénitiens*. Ces individus ne sont pas tuberculeux et peuvent ne le devenir jamais, mais en raison même des excoriations, des fissures, des ecthymas, des impetigos, des solutions de continuité de toutes sortes auxquelles ils sont sujets, ils sont plus aptes que les autres à se laisser envahir par la tuberculose, à la recevoir par inoculation.

Chez eux l'adénopathie tuberculeuse est commune, mais elle est souvent indolente, de caractère un peu spécial et, chose remarquable sur laquelle nous reviendrons, la tuberculose a peu de tendance chez eux à dépasser le groupe ganglionnaire infecté; il est assez rare de la voir se généraliser et la tuberculose pulmonaire n'est pas commune, au moins pendant une longue période.

Les victimes ordinaires de la gangliophymie tuberculeuse sont les enfants qui sont presque tous des lymphatiques; elle est plus rare mais plus grave chez l'adulte, surtout quand l'adulte n'a plus les qualités spéciales du scrofuleux.

Confondre ces deux mots scrofuleux et tuberculeux est donc une erreur: la scrofule c'est l'aptitude morbide à recevoir l'agent infectieux; la tuberculose c'est la présence des éléments caractéristiques dans les tissus. Un scrofuleux devient tuberculeux comme le deviendrait un diabétique.

Les nombreux scrofuleux qui deviennent phtisiques, dit le professeur Bouchard [1], ne démontrent qu'une chose, c'est que la scrofule est une des manières de viciation or-

1. Bouchard, *Les microbes pathogènes*, p. 270.

ganiques qui mènent à la tuberculose; c'est que le milieu humoral scrofuleux est un de ceux qui font cesser l'immunité tuberculeuse; c'est que le milieu scrofuleux présente des analogies avec toutes les maladies bradytrophiques précédemment citées, avec le diabète par exemple, qui, pour le dire en passant, crée un milieu bien autrement favorable encore à la tuberculose que la scrofule. En dépit de cette fréquence de la phtisie au cours du diabète, il ne viendrait à personne l'idée, retrouvant le nodule tuberculeux avec ses caractères typiques dans le poumon ou le rein d'un diabétique, il ne viendrait à l'idée de personne de faire du tubercule la lésion anatomique du diabète, et pourtant cette pétition de principe qu'on ne commet pas en matière de diabète on la fait en matière de scrofule, quand on dit que la scrofule c'est la tuberculose, puisque dans la première on retrouve identiquement la même lésion que dans la seconde.

Pour nous donc une adénopathie n'est jamais scrofuleuse, elle est toujours tuberculeuse, et il est en effet regrettable d'employer le mot de scrofuleuse associé au mot d'adénite. Il faudrait dire, pour faire cesser cette confusion de langage qui n'a peut-être pas de très gros inconvénients chez les gens bien informés : adénite tuberculeuse survenant chez un scrofuleux.

3° LYMPHADÉNOME

M. le professeur Verneuil, au dernier Congrès de chirurgie, a émis cette hypothèse que le lymphadénome pourrait bien être un hybride de la scrofule et de l'arthritisme; mais nous ne savons rien de bien précis sur cette grave et singulière affection.

Les éléments du diagnostic sont les suivants :

L'*âge*. — Le lymphadénome est plus commun chez l'adulte; la tuberculose ganglionnaire plus commune dans l'enfance. (Rien d'absolu, bien entendu.)

Les *commémoratifs*, c'est-à-dire la coexistence ou les antécédents de scrofulides, éruptions cutanées, ophtalmies, blépharites, facies spécial.

Les *symptômes*. — Généralement le lymphadénome n'a pas la même tendance à la suppuration que l'adénopathie tuberculeuse; les tumeurs lymphadéniques n'adhèrent pas à la peau, ou tout au moins n'y adhèrent et ne s'ulcèrent que tardivement quand le volume est devenu considérable. L'adénite scrofulo-tuberculeuse est *généralement* moins mobile et entourée d'une périadénite inflammatoire.

L'*examen du sang*, si le nombre des globules blancs est très augmenté (leucocythémie), servira au diagnostic; mais ce phénomène manque parfois et son absence n'a pas une valeur absolue (adénie).

La marche éclairera tardivement la nature lymphadénique de la maladie. Le volume souvent énorme, la généralisation des tumeurs ganglionnaires aux différentes régions axillaires, inguinales, etc., la cachexie profonde, les hémorragies, la diarrhée, les vomissements, les fièvres à paroxysmes, dénonceront un lymphadénome, mais au début dans certaines formes à localisations multiples et à évolution froide, le diagnostic des adénopathies sera très difficile et l'erreur sera possible.

Il y aurait bien l'examen bactériologique et histologique sur un fragment de la tumeur, mais la minime opération qui serait nécessaire pour se procurer ce

fragment ne serait pas sans inconvénient sur la marche du lymphadénome qu'elle pourrait activer (CORNIL).

4° TUMEURS MALIGNES DES GANGLIONS

Les dégénérescences cancéreuses des ganglions sont presque toujours secondaires.

Ces dégénérescences ne pourront faire errer le diagnostic que quand la lésion primitive est très profonde ou relativement très minime.

Chez les vieillards il faudra se défier des adénites et, avant de les déclarer tuberculeuses, bien s'enquérir si elles ne sont pas plutôt secondaires à des carcinomes latents de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, etc. On sait que ces adénopathies à distance bien connues maintenant sont souvent le premier signe d'un carcinome qui ne se révèle qu'ultérieurement. Il faudra donc toujours rechercher dans la sphère d'origine du ou des ganglions malades s'il n'existe pas de néoplasmes latents capables de les produire, en se rappelant que les ganglions cervicaux et surtout le ganglion sus-claviculaire peuvent refléter à une grande distance une lésion initiale de mauvaise nature[1].

Quand le cancer primitif est extérieur ou accessible à l'examen, il peut y avoir encore confusion :

Si le cancer est très petit : c'est ainsi qu'on a signalé des ganglions cervicaux cancéreux méconnus dans de petits épithéliomas de la langue, de l'œsophage, du larynx.

Si la lésion initiale est elle-même méconnue : c'est

1. Thèse de Belin, Paris, 1884.

ainsi que j'ai observé de gros ganglions inguinaux iliaques dès le début d'un épithélioma de la région onguéale du gros orteil pris pour un ongle incarné. En revanche, un ulcère tuberculeux de l'amygdale et du voile du palais s'accompagnant de l'hypertrophie des ganglions correspondants puis des ganglions du côté opposé, enfin des ganglions sus-claviculaires, a pu être pris pour un épithélioma avec dégénérescence carcinomateuse secondaire (Sevestre).

Si la lésion initiale a été enlevée, n'a laissé qu'une cicatrice minime et que les ganglions ne sont apparus qu'assez longtemps après l'opération.

Le carcinome primitif des ganglions, très mal étudié encore, très rare, suivant du reste la marche des tumeurs malignes, sera peu souvent en parallèle avec les adénopathies tuberculeuses. Son ulcération profonde, saignante, à bords indurés, calleux, souvent très douloureuse, ne ressemble guère à celle d'une gangliophymie qui subit la dégénérescence caséeuse et s'ouvre au dehors.

5° ADÉNOPATHIES SYPHILITIQUES

1. *Les adénites primitives* ne peuvent prêter à l'erreur que longtemps après la cicatrisation du chancre; il est vrai qu'elles se présentent souvent dans ces conditions et qu'elles persistent souvent bien des années après la guérison de la lésion initiale. Leur siège spécial, l'absence de toute suppuration et surtout les commémoratifs mettront sur la voie.

2. *Les adénites secondaires* ne suppurent également que dans des cas exceptionnels alors qu'elles ont reçu

l'infection tuberculeuse et alors il n'y a pas lieu de faire le diagnostic différentiel absolu. C'est l'hybride scrofulo-syphilitique que nous avons étudiée et dont nous rappellerons tout à l'heure les caractères symptomatiques. Autrement son indolence, son siège (nuque), son ancienneté, sa mobilité; et encore ici les antécédents de plaques muqueuses, d'ecthyma spécifique, etc., fourniront les éléments nécessaires pour distinguer l'adénite syphilitique secondaire.

3. *L'adénite tertiaire* reste généralement limitée aux ganglions correspondants d'une région malade.

Quand elle suppure, elle est très susceptible d'imiter les adénites scrofulo-tuberculeuses; mais ses bords cuivrés, taillés à pic, décollés, frangés, à fond irrégulier, anfractueux, déchiqueté, pulpeux, recouvert de débris jaunâtres semblables aux bourbillons de l'anthrax, mettront sur la voie de la syphilis.

D'autre part, l'âge du malade, les manifestations tuberculeuses similaires, le volume plus considérable, la tendance à la suppuration, le siège cervical ou sous-maxillaire ferait penser à la tuberculose.

Enfin la pierre de touche du traitement spécifique sera d'un grand secours.

Voici la description que Mauriac fait des hybrides scrofulo-tuberculeux-syphilitiques.

Quand, dit-il, l'adénopathie devient mixte, elle participe à la fois des deux maladies constitutionnelles. Les ganglions sont plus volumineux, plus agglomérés, réunis par une gangue périphérique pâteuse, en masses lobulées plus considérables. Les fistules y prédominent plus que l'ulcération. Il y a des clapiers au lieu des cavernes gommeuses franches; ou bien à côté de ces dernières on trouve des

collections d'un pus équivoque, séreux, granuleux, dans le tissu cellulaire sous-cutané avec amincissement et teinte violacée de la peau. Dans ces adénopathies hybrides, il est presque toujours fort difficile de savoir au juste quelle est la part respective qui revient à la syphilis et à la scrofule. Cette dernière l'emporte sur la première pour deux raisons : parce qu'elle semble s'emparer d'un plus grand nombre de ganglions et qu'une fois qu'elle s'en est saisie, elle s'y perpétue indéfiniment. Ajoutons à cela que le traitement antisyphilitique améliore l'adénopathie mixte sans la guérir complètement et a beaucoup moins de prise sur elle que dans les cas d'adénopathies d'un type franchement syphilitique.

4. *Adénopathie de la syphilis héréditaire.* — Le professeur Fournier a décrit sous le nom de fausse scrofule ganglionnaire des adénopathies dont le siège est le même que pour la tuberculose. Pour lui beaucoup de ces adénites ne sont cependant pas tuberculeuses et s'en distinguent par les caractères suivants ; elles sont olivaires ou globuleuses, lisses et unies de surface, consistantes, fermes, élastiques, mobiles sous la peau et sur les parties profondes, indolentes au palper et généralement multiples. Comme volume, elles varient entre les proportions extrêmes d'une noisette ou d'un abricot sans atteindre jamais les dimensions exagérées des tumeurs ganglionnaires d'une autre nature.

Elles restent, et c'est là, dit Fournier, leur caractère le plus spécial, ce qu'elles sont, immobiles comme volume, immobiles comme évolution. Elles restent ce qu'elles sont, non pour des mois, mais pour des années.

Elles peuvent enfin suppurer, s'abcéder à la façon

des adénites vulgaires, mais sans aboutir jamais à constituer ces foyers de suppuration chronique et fistuleuse qui sont le propre de la scrofule.

Remarquons qu'il n'y a jusqu'ici rien de très spécial; certaines adénopathies bacillaires se comportent identiquement.

La vraie preuve de la nature spécifique de ces adénopathies est encore à faire et c'est l'anatomie pathologique seule qui peut la donner. Il est positif cependant, Fournier en donne un exemple et nous avons pu nous-mêmes assister au même fait, que le traitement spécifique fait disparaître ces adénopathies.

Les antécédents, l'habitus, l'état des dents, tous les signes enfin qui ont été donnés de la syphilis héréditaire forment un ensemble symptomatique qu'on arrive assez vite à reconnaître par l'habitude.

Les hybrides tuberculeux-syphilitiques ne sont pas rare dans la syphilis héréditaire.

La polyadénite primitive des enfants du premier âge se distinguera de l'athrepsie et de la syphilis héréditaire qui comme elle produisent une cachexie profonde par l'existence des petits ganglions multiples et disséminés dans toutes les régions qui font l'essence même de cette tuberculose généralisée à tout le système lymphatique.

Pascal cependant nous met en garde contre une cause d'erreur.

Un enfant, nourri insuffisamment, maigrit, se cachectise, ne présente aucune lésion viscérale et, dans ce cas, le système lymphatique peut parfois présenter un développement anormal passager, qui dure ce que dure l'*insuffisance*

alimentaire. Ce gonflement du système lymphatique présente en tous points les caractères de la poly-adénite tuberculeuse. Au premier abord on peut croire que cette saillie anormale des ganglions est due au relief provoqué par l'amaigrissement du tissu cellulaire sous-cutané; les ganglions, dans l'espèce, ne seraient pas plus gros, mais ils le paraissent parce que les tissus adjacents ont maigri. Or, suivant le malade, on voit que réellement il y a une *hypertrophie ganglionnaire ;* cette hypertrophie augmente pendant la période d'amaigrissement; puis quand on nourrit l'enfant d'une façon convenable au point de vue de la quantité des aliments, tout rentre dans l'ordre ; en sorte que, si l'on n'est pas prévenu de cette turgescence des ganglions pendant la période de jeûne, on portera le diagnostic faux de poly-adénite tuberculeuse [1].

Suivant la région qu'ils occupent, les adénopathies tuberculeuses prêtent à des erreurs de diagnostic.

1° A la *région inguinale* des ganglions tuberculeux profonds ont pu faire croire à de la coxalgie (observation de Berger)[2].

L'apparence extérieure était la même : boiterie, abaissement de l'épine iliaque, immobilisation relative par la contracture des muscles, demi-flexion de la cuisse et abduction, — l'absence de douleur dans l'*articulation même* quand on presse sur les deux trochanters, quand on frappe sur la plante du pied, quand le malade marche, servirait à éviter une erreur qui s'est produite surtout pour les adénopathies de :

2° *La région iliaque.* — Les masses ganglionnaires de cette région dont nous avons décrit les caractères

1. *Loco citato*, p. 52.
2. *France médicale*, 1874.

un peu spéciaux, produisent souvent des *pseudo-coxalgies* ayant toutes les apparences d'une coxalgie vraie, mais l'issue de la maladie prouve que l'articulation même était indemne. Le siège précis de la douleur et et un examen attentif permettront, avec la constatation de la tumeur iliaque, de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Dans le cas de Berger il y avait en même temps ganglions iliaques et ganglions inguinaux.

On n'oubliera pas, en présence de masses ganglionnaires dans la fosse iliaque, que l'adénopathie peut être consécutive à un cancer. L'erreur serait impossible s'il s'agissait toujours de cancer des organes génitaux ou du membre inférieur, mais elle serait plus excusable s'il s'agissait de ces adénites à distance que Belin a étudiées et dans lesquelles des adénopathies iliaques peuvent survenir à la suite de cancer du rectum, de l'ovaire, du péritoine.

L'ostéo-sarcome de la fosse iliaque est accompagné de douleurs très vives. Ces douleurs précèdent l'apparition de la tumeur et souvent leur début a été brusque et d'une intensité qui ne s'observe généralement pas dans les adénopathies.

La tumeur dure, adhérente au bassin, bosselée, donne quelquefois la crépitation parcheminée et de véritables battements avec mouvements d'expansion.

La tumeur n'est pas toujours limitée à la fosse iliaque interne, et l'externe et même le petit bassin sont envahis.

L'état cachectique rapide, l'œdème du membre, le volume plus considérable de la tumeur seront à une période plus avancée les éléments d'un diagnostic

difficile. Nous signalons seulement, car ils ont vraiment leurs caractères propres bien distincts : la psoïtis, l'appendicite, le phlegmon du ligament large, les abcès ossifluents, l'ostéo-myélite des os du bassin (LANNELONGUE).

3° A la *région cervicale*, en dehors des kystes sébacés que leur consistance uniforme et leur siège sous-cutané différencient suffisamment, nous ne voyons point, en dehors du lymphadénome et des autres dégénérescences ganglionnaires que nous avons signalées, d'autres tumeurs qui puissent en imposer. Nous avons vu cependant un myxome parotidien pris pour une adénopathie tuberculeuse, et l'erreur était excusable dans le cas particulier.

L'hypertrophie du ganglion sus-claviculaire dont Behier[1] et quelques auteurs ont voulu faire un signe quasi pathognomonique du cancer pulmonaire n'est point aussi caractéristique et c'est seulement quand les autres signes du cancer : âge, cachexie et marche rapide, dyspnée violente, etc., se trouveront réunis, que la présence de ce ganglion pourra faire pencher la balance et faire penser plutôt au cancer qu'à la tuberculose.

4° A la *région rétro-pharyngienne* les adénopathies suppurées ne seront pas prises pour des abcès par congestion ; le mal de Pott sous-occipital s'accompagne de douleurs au niveau des vertèbres et d'immobilisation de la tête et d'un cortège symptomatique bien différent. Il peut y avoir, il est vrai, concomitance de lésion vertébrale et d'adénopathie rétro-pharyngienne.

1. *Leçons cliniques sur le cancer du poumon (Gazette des hôp.*, 1867).

Gilette a bien donné les règles qui permettent de constater la fluctuation dans ces adénopathies et cette constatation a une grande importance puisqu'elle est l'indication très nette d'intervenir chirurgicalement.

On peut arriver à sentir la fluctuation avec un seul doigt, l'index introduit au contact de la tumeur et retiré brusquement a bien la notion de la résistance et du choc en retour de la collection purulente.

Avec la main restée libre on peut également faire des pressions sur le côté correspondant du cou et obtenir ainsi la même certitude.

Mieux vaut enfin, quand il s'agit d'enfants et que la gorge n'a pas une très grande profondeur, se placer derrière le sujet, appuyer l'occipital contre sa poitrine et chercher avec les deux index introduits et recourbés en crochets la sensation vraie de la fluctuation.

En cas de doute, il sera possible de faire une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy.

5° La *région poplitée* n'offre guère que les kystes qui pourraient être confondus, en l'absence de la lésion tuberculeuse initiale, avec les adénopathies tuberculeuses. Leur consistance, leur lenteur à se développer, leur plus grande fréquence sur les côtés de la région et surtout au côté interne (Tillaux) seront, avec l'aspect général, l'âge, les antécédents, les éléments du diagnostic.

PRONOSTIC

Pronostic général favorable. — Statistique de Berk et de Pen-Bron. — Pronostic suivant l'âge. — Paradoxe sur les écrouelles survenant chez l'adulte non scrofuleux. — Écrouelles des enfants riches et des enfants pauvres. — Gravité pronostiquée suivant le siège de l'adénopathie. — Complications. — Ostéo-arthrites. — Tuberculose pulmonaire, chronique. — Phtisie scrofuleuse, aiguë. — Méningite tuberculeuse. — Ganglions viscéraux, ganglions externes. — Mécanisme. — Néphrite parenchymateuse. — Les ganglionnaires comme générateurs.

L'adénopathie tuberculeuse est une tuberculose locale généralement lente dans son évolution, plus facilement curable que toutes les autres tuberculoses locales et de virulence faible.

D'une façon générale donc, le pronostic est plus favorable que dans les autres tuberculoses de l'économie; mais il y a des circonstances, comme nous allons voir, qui assombrissent singulièrement ce pronostic.

Nous sommes persuadé que, dans un grand nombre de cas, la tuberculose ganglionnaire ne se révèle que par une hypertrophie momentanée ou de longue durée de ces organes. Chez les enfants, l'autopsie (Babes) révélera souvent des bacilles dans les ganglions, alors que ces enfants sont morts de maladies non tuberculeuses, et chez les adultes morts acciden-

tellement (PIZZINI) on trouvera de la bacillose ganglionnaire que rien ne faisait soupçonner.

Alors même que ces ganglions sont devenus très volumineux et même ont suppuré, la guérison sera possible et le sera dans de très grandes proportions.

Sur 1482 adénopathies observées par Cazin, 102 ont été opérées.

Il y a eu 1118 guérisons, 296 ont été améliorées, 68 ont causé la mort. Les causes de la mort ont été :

1. Phtisie pulmonaire, granulie, tuberculoses généralisées	15 fois
2. Méningite et tuberculose cérébrale	10 —
3. Albuminurie	9 —
4. Ganglions bronchiques	5 —
5. Carreau et péritonite tuberculeuse	3 —
6. Septicémie après opération	1 —
7. Hémorrhagie après opération	1 —
8. Autres causes accidentelles (variole, scarlatine, rougeole, croup, broncho-pneumonie)	24 —
TOTAL	68

Voici notre statistique de Pen-Bron.

Sur 292 adénopathies tuberculeuses, nous avons eu :

120 guérisons ;
159 améliorations ;
8 états stationnaires ;
8 morts.

Les causes de morts ont été :

1 mort par phtisie aiguë.
2 morts par méningite tuberculeuse.
1 mort par pleurésie et tuberculose pulmonaire.
1 mort par péricardite rhumatismale.

Quelques-uns des enfants que nous signalons amé-

liorés seulement sont encore à Pen-Bron et pourront plus tard être comptés parmi les guéris.

Mais, en revanche, beaucoup de ceux que nous comptons parmi les guéris ne le sont qu'en apparence ou momentanément, ils quittent l'hôpital guéris de leur suppuration et avec des ganglions très diminués, mais au bout de quelques mois ou de quelques années nous les retrouvons avec des récidives plus ou moins complètes.

Il n'y a pas à mettre en doute la guérison complète, absolue pour toujours, de certaines écrouelles même suppurées : nous connaissons des personnes âgées qui en portent des cicatrices indiscutables, mais il ne faut pas non plus prononcer trop vite le mot de guérison.

La rechute est extrêmement commune : au bout de huit, dix, vingt ans quelquefois, on la voit revenir.

Il n'est même pas rare de voir des enfants guéris vers l'âge de la puberté et ne conservant que quelques glandes un peu hypertrophiées à peine visibles, être repris vers quarante, cinquante, soixante ans même, d'écrouelles tuberculeuses après avoir traversé l'âge adulte et la maturité sans accidents.

Il existe une très grande différence de pronostic entre les écrouelleux enfants et les écrouelleux adultes.

L'enfant bien soigné a beaucoup de chances de se guérir d'une façon durable et définitive.

L'adulte atteint après seize ou vingt ans d'adénopathie tuberculeuse aura beaucoup de peine à se guérir et sera beaucoup plus exposé aux complications de tuberculoses locales ou viscérales.

Il faut également faire cette remarque paradoxale

que les adultes ont des écrouelles d'autant plus graves qu'ils n'en ont pas eu étant enfants.

L'adulte pris en bonne santé apparente, n'ayant pas eu de tare scrofuleuse pendant son enfance, n'ayant pas d'adénopathie tuberculeuse, n'a pas cette forme indolente, relativement bénigne et facilement curable de la strume ganglionnaire. Chez lui l'adénopathie deviendra vite volumineuse; la tuberculose gagnera promptement les ganglions voisins; on verra bien plus souvent dans ces cas la masse ganglionnaire que l'adénopathie isolée ou en chaîne. Rapidement l'adénopathie sera douloureuse et soumise à des poussées inflammatoires. La guérison sera très difficilement obtenue et dans la majorité des cas cette manifestation tuberculeuse ne sera que le premier terme d'autres accidents ostéo-articulaires ou viscéraux graves.

J'ignore si cette constatation a été faite par d'autres et signalée avant moi, mais je pourrais produire, si ce travail comportait des observations, un certain nombre de faits qui sont absolument à l'appui de cette assertion.

Chez le vieillard, c'est-à-dire après soixante ans, l'adénopathie *neuve*, rare du reste, retrouve les allures indolentes, strumeuses de l'enfance, mais elle indique toujours une détérioration profonde de l'économie et elle coïncide avec une autre cachexie.

Je n'ai jamais vu chez lui l'adénopathie à marche subaiguë, envahissante, douloureuse, fébrile, que nous signalons chez l'adulte.

L'adénopathie tuberculeuse survenant chez un enfant riche et entouré de soins, bien nourri et bien

logé, est plus grave que celle qui atteint l'enfant misérable; elle indique en effet un état général profondément atteint. L'enfant pauvre scrofuleux mis dans de bonnes conditions se guérira, quand au contraire la scrofule de l'enfant riche résistera aux traitements les mieux dirigés, au séjour prolongé sur une plage de l'Océan.

Enfin l'adénopathie axillaire, en dehors même de toute complication pulmonaire antérieure, indique une détérioration plus profonde de l'organisme que l'adénopathie cervicale. L'adénopathie inguinale serait la moins grave de toutes. Il n'y a rien d'absolu, bien entendu, dans ces différences, mais elles sont vraies d'une façon générale.

Pour établir dans toute sa vérité le pronostic des adénopathies, il nous faut maintenant étudier dans quelles proportions elles se compliquent :

1° De tuberculoses ostéo-articulaires;
2° De tuberculose pulmonaire;
3° De méningite tuberculeuse.

1° TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES

Kœnig avec le concours de Orth, se basant sur 67 autopsies faites à Gœttingue, arrive à cette conclusion :

> Il paraît éminemment vraisemblable que la grande majorité de tous les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse ne sont pas *primitifs mais secondaires, métastatiques*. Cette conclusion s'appuie non seulement sur le résultat des autopsies, mais aussi sur l'observation clinique[1].

1. KŒNIG, *Tuberculose ostéo-articulaire*, p. 33.

Sur 67 autopsies il y en a 53 (79 p. 100) où, indépendamment de l'affection ostéo-articulaire, on a trouvé des foyers anciens et, en apparence, plus anciens que les premiers. Ces foyers se répartissent de la façon suivante :

	22 fois dans les poumons seuls.
	15 fois poumons et autres organes.
Total.	37 fois des foyers pulmonaires.
	12 fois dans les glandes seules.
	9 fois glandes et autres organes.
Total.	21 fois des affections ganglionnaires.

Le plus souvent, c'étaient des glandes bronchiques (15 fois); viennent ensuite les glandes mésentériques et rétro-péritonéales ; les glandes des extrémités et du cou étaient plus rarement atteintes (chiffre inconnu).

En clinique on voit assez rarement l'ostéo-arthrite compliquer l'adénopathie tuberculeuse ou du moins la préexistence de l'adénopathie est difficile à établir dans les cas très fréquents où on constate en même temps l'une et l'autre.

Les cas où l'on voit survenir une tumeur blanche ou un mal de Pott par exemple, sont les cas d'adénopathies graves, formant des masses volumineuses, suppurantes et fistuleuses, accompagnées d'état cachectique général. Mais, nous le répétons, nous croyons exceptionnelles les ostéo-arthrites survenant comme complications directes des écrouelles externes.

A l'autopsie on trouvera très fréquemment des adénopathies viscérales ou même externes; mais elles n'ont pas dominé la scène et n'ont même pas été constatées cliniquement.

2° TUBERCULOSE PULMONAIRE

A. Tuberculose pulmonaire à forme lente. Phtisie commune.

L'engorgement des ganglions peut-être consécutif à la tuberculose viscérale.

L'engorgement ganglionnaire et la tuberculose viscérale peuvent être concomitants et c'est peut-être là le cas le plus fréquent.

La tuberculose enfin peut débuter par les ganglions et de là s'étendre aux poumons.

C'est ce dernier cas qui nous importe au point de vue pronostic.

Dans son traité, Kortum écrivait :

Ceux-là sont plus exposés aux ulcérations du poumon qui dans leur enfance ou dans leur jeunesse ont été atteints de tumeurs glandulaires; aux régions boréales, les phtisies scrofuleuses sont prédominantes[1].

Cette forme de phtisie n'avait point échappé à Laënnec.

La tuberculose peut commencer par les ganglions lymphatiques, dit-il, et le poumon n'être que postérieurement atteint.

Et il ajoute :

Chez les sujets scrofuleux et particulièrement chez les enfants, l'affection tuberculeuse commence assez souvent dans les glandes mésentériques ou *cervicales* et les tubercules du poumon, quelquefois peu nombreux, sont le plus

1. Kortum, *Commentarius de vitio scrofuloso*, p. 256.

souvent évidemment le produit d'une éruption secondaire; quelquefois même on ne trouve chez un sujet de tubercules que dans les grosses glandes bronchiques placées à la racine du poumon : ces divers cas constituent la phtisie scrofuleuse des praticiens et des nosologistes[1].

Guersant dit qu'on voit très fréquemment les scrofuleux périr de phtisie bronchique, pulmonaire ou mésentérique; mais il a sur la marche réciproque des tuberculoses viscérales et des adénites scrofuleuses une singulière théorie qui mérite d'être signalée à cause de la valeur de l'auteur.

Quand l'adénite strumeuse est réunie à d'autres altérations tuberculeuses et n'est que le début des phtisies pulmonaires et mésentériques ou d'une diathésie tuberculeuse, alors les symptômes généraux subsistent et se combinent avec les autres altérations tuberculeuses, quel que soit leur siège. Cependant on observe presque toujours dans ce cas que, lorsque le développement des tuberculoses externes est assez rapide, les phtisies viscérales concomitantes se ralentissent dans leur marche, et que, lorsque au contraire les adénites scrofuleuses semblent se résoudre et se dissiper presque complètement, les phtisies viscérales font des progrès. C'est aussi une observation constante que dans tous les pays où la scrofule est fréquente, les phtisies viscérales sont plus rares et *vice versa*[2].

Il y aurait une sorte de balancement entre la marche des adénites scrofuleuses et la dégénérescence tuberculeuse viscérale.

Aran, Broussais, Roche, Louis, Marjolin Lugol, Danjoy, Hardy, Niemeyer, Cartan, Sognès, Howard, Birch-

1. Laennec, *Traité de l'auscultation médicale.*
2. Guersant, *Dictionnaire* en 30 vol., p. 225.

Hirschfeld[1] admettent d'une façon générale que les scrofuleux deviennent souvent phtisiques pulmonaires.

Dans une statistique qui a porté sur 182 tuberculeux pris dans les hôpitaux de Paris, Quinquaud a constaté des antécédents strumeux chez 76 de ces malades, soit 41 p. 100. Sur ces 182 tuberculeux, il y avait 127 hommes et 55 femmes. 43 hommes accusaient des manifestations scrofuleuses diverses, les femmes qui présentaient ces accidents étaient au nombre de 33.

En rapportant ces chiffres à 100, il y aurait 60 femmes scrofuleuses sur 100 tuberculeuses et seulement 32 hommes, ce qui donnerait un scrofuleux sur 2,4 tuberculeux : chez les hommes, 1 sur 3; chez les femmes 1 sur 1,7.

Il est vrai que dans ces antécédents dits scrofuleux Quinquaud ne fait point entrer que les adénopathies, mais les éruptions à la tête, les affections suppurées des os, etc.

Sanchez Toledo rapporte une observation de Sevestre[2] qui montre bien la marche que peut suivre la tuberculose dans les cas où elle débute par les ganglions.

Il s'agit d'un individu entré dans le service du professeur Jaccoud et atteint d'un ulcère fongueux de l'amygdale gauche et du pilier gauche du voile du palais dont le début remontait à trois mois; les ganglions du cou, *du même côté*, étaient engorgés, volumineux et indurés; ceux du côté droit furent pris quelque temps après.

1. Voir la thèse de Quinquaud (de la Scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire), agrégation, 1883, p. 102.
2. Thèse de Dodin, 1881.

Les ganglions sus-claviculaires furent pris à leur tour et on soupçonna une propagation au poumon, mais sans que l'auscultation révélât encore rien. Quelques jours seulement avant la mort, le malade se plaignit d'oppression et on trouva à l'auscultation quelques râles, *peu nombreux d'ailleurs*, disséminés dans la poitrine. Ce malade succomba et à l'autopsie on trouva les ganglions du cou et surtout ceux du côté gauche complètement désorganisés et remplis de pus caséeux assez épais; les poumons ne présentaient que des granulations tuberculeuses assez récentes, quelques-unes seulement caséeuses, disséminées en grand nombre dans toute leur étendue. Sur la plèvre viscérale on trouvait aussi quelques granulations. Rien dans les autres organes et en particulier dans l'intestin.

Mais il est rare que les événements marchent avec une succession aussi rapide; l'adénopathie précède la tuberculose pulmonaire, mais la précède pendant plusieurs mois ou plusieurs années avec des oscillations, des poussées subaiguës ou au contraire des demi-guérisons momentanées; puis un jour, l'état général s'altère, le malade mange mal, se débilite et au bout d'un temps variable, on peut constater les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire.

Au point de vue des complications pulmonaires, l'adénopathie axillaire, comme le fait remarquer Sanchez Toledo, indique une infection plus grande que l'adénite sus-claviculaire qui est elle-même une manifestation plus grave de la tuberculose que l'adénite cervicale ou sous-maxillaire.

Il y a des cas incontestables dans lesquels l'adénopathie tuberculeuse a été le premier terme de la tuber-

culose pulmonaire et l'a causée; mais la fréquence de ces faits est très discutée.

Coulon[1], Gilette, Bergeron, Bouchut[2], Harand[3], etc., admettent que les scrofuleux, et par scrofuleux il faut entendre surtout les enfants qui portent des adénites cervicales, deviennent rarement phtisiques.

Marfan[4], dans son article de la Pathologie interne, se range à cette opinion.

Pour lui, un très petit nombre de scrofulo-tuberculeux porteurs d'un lupus ou d'une adénite tuberculeuse en évolution depuis l'enfance deviennent phtisiques; les scrofuleux restent la plupart du temps indemnes de phtisie pulmonaire.

Le scrofuleux contracte facilement des tuberculoses mais elles sont atténuées par le terrain, restent très lentes, curables, peu infectantes, peu virulentes et dépassent rarement les ganglions. Le scrofuleux a des tuberculoses locales, mais très rarement des tuberculoses viscérales.

Il nous semble qu'il faut ici encore très soigneusement distinguer les écrouelles de l'adulte et celles de l'enfant.

L'enfant scrofuleux atteint d'adénopathies tuberculeuses devient rarement phtisique.

Nous avons eu à Pen-Bron 292 écrouelleux, deux seulement sont devenus tuberculeux pulmonaires. Étant donnée la fréquence de la phtisie, cette proportion est très minime.

1. Coulon, *de la Scrofule*, thèse de Paris, 1861.
2. Bouchut, *Thèse de Kimmerweel*, 1859.
3. *Lyon médical*, 1876.
4. Marfan, *Pathol. interne* (Charcot, Bouchard), t. IV, 601.

Il n'en est plus de même chez l'adulte non scrofuleux contractant des écrouelles; la présence de l'adénopatie tuberculeuse le met en imminence de tuberculose viscérale.

Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent que les cas où l'adénopathie précède de peu ou accompagne la phthisie pulmonaire; mais que dire du cas ou l'adénopathie a cessé ou est atténuée depuis des années?

Nous avons pu, dit Marfan, rassembler par nous-même ou par l'intermédiaire de nos collaborateurs dévoués 242 observations d'écrouelleux guéris. Sur ces 242 cas, la phtisie pulmonaire était absente 215 fois et elle existait 27 fois.

Ces chiffres deviennent plus intéressants encore si l'on examine l'âge des sujets: 1° Sur les 215 écrouelleux guéris et indemnes de phtisie pulmonaire, 193 avaient guéri avant l'âge de 10 ans, 17 entre 10 et 20 ans; 2° Sur les 27 écrouelleux guéris et atteints de phtisie pulmonaire, un seul avait guéri à l'âge de 11 ans, 26 portaient des adénites qui avaient débuté après 20 ans, souvent en même temps, quelquefois après le début de la lésion pulmonaire.

Ainsi, si l'on considère les sujets qui ont eu des écrouelles pendant l'enfance et qui ont guéri avant l'âge de 15 ans, on trouve un phtisique sur 200; cette proportion est tout à fait remarquable si l'on songe que sur 200 individus non écrouelleux pris au hasard, on trouve, d'après les statistiques, 40 phtisiques. On peut donc en conclure que les sujets porteurs d'écrouelles développées et guéries avant 15 ans, sont indemnes de phtisie pulmonaire.

Mais Marfan n'admet comme vraie cette règle que chez les enfants; les adultes écrouelleux peuvent devenir phtisiques parce que ce ne sont plus des scrofuleux.

De plus il faut pour qu'elles confèrent cette sorte d'immunité que les écrouelles soient parfaitement guéries, sans points suspects, sans croûtes au-dessous de laquelle on puisse constater ulcération et suppuration.

Formulée dans ces termes : Il est rare de voir atteintes de tuberculose pulmonaire des personnes qui durant leur enfance ont *parfaitement* guéri leurs écrouelles, la proposition de Marfan nous semble acceptable. Mais nous n'y pouvons voir avec l'auteur une sorte de vaccination créée par une première atteinte.

S'il nous fallait donner une explication de ce fait, nous aimerions mieux dire : Les enfants dont l'organisme a été assez puissamment reconstitué pour qu'ils aient pu, à un moment donné, se débarrasser d'une tuberculose telle que les écrouelles ont désormais fait leurs preuves et soumis à un nouveau contage, à un âge plus avancé, ils ne se laisseront généralement pas envahir de nouveau par la voie pulmonaire.

Quand l'écrouelleux en activité est atteint de phtisie pulmonaire, sa phtisie a-t-elle des caractères particuliers? En un mot, y a-t-il une phtisie scrofuleuse?

Comparez, dit Bazin, le scrofuleux et le véritable phtisique; le poitrinaire non scrofuleux va chaque jour en se détériorant, en s'émaciant davantage, sans repos, ni trêve; la maigreur fait de continuels progrès et ne subit aucune interruption dans sa marche; le marasme est chaque jour plus prononcé qu'il ne l'était la veille. Il n'en est pas ainsi du scrofuleux poitrinaire, chez lequel l'amaigrissement a une marche saccadée, ne va en quelque sorte que

par sauts et par bonds. Rien de plus ordinaire que de voir chez le scrofuleux la maigreur s'arrêter tout à coup après avoir fait d'abord d'assez notables progrès, l'embonpoint et les forces revenir...

Telle était également l'opinion de Morton, de Milcent, etc.

Lenteur extrême de la marche, rémissions souvent très longues, apyrexie, santé apparente malgré des lésions avancées, conservation de l'appétit et de l'embonpoint, tels sont les caractères qu'on a attribués à la phtisie scrofuleuse ou plutôt à la phtisie survenant chez les scrofuleux et notamment chez les adénopathiques.

La vérité est que cette forme torpide de la phtisie pulmonaire n'appartient point en propre aux scrofuleux en puissance d'adénopathies et que chez eux la phtisie peut affecter la forme ordinaire sans aucune différence clinique.

B. Phtisie aiguë.

La granulie aiguë s'observe même au cours de l'adénopathie tuberculeuse sans qu'il soit toujours facile d'en expliquer le mécanisme.

La granulie aiguë est même probablement assez rarement primitive, et sans accepter absolument *la loi* de Buhl : « chez un individu tué par une granulose miliaire, pulmonaire ou diffuse, on trouve toujours, si ce n'est dans les poumons du moins dans les ganglions lymphatiques, dans les séreuses, des foyers caséeux », il faut avouer que dans beaucoup de cas l'autopsie a révélé d'anciens foyers passés inaperçus.

Le système lymphatique paraît une des voies les plus ordinaires de dissémination du bacille dans le poumon, les plèvres, etc., et à l'origine de beaucoup de tuberculoses miliaires, on trouverait vraisemblablement, en cherchant bien, une infection ganglionnaire préalable.

Mais, même dans ces cas de tuberculoses ganglionnaires où la voie lymphatique est la voie tout indiquée pour la dissémination, on surprend des cas dans lesquels l'infection généralisée a eu lieu par les vaisseaux sanguins. Tel est le cas cité partout de Dittrich, dans lequel un ganglion tuberculeux du médiastin s'ouvre dans l'aorte et amène la granulie [1].

3° MÉNINGITE TUBERCULEUSE

La méningite tuberculeuse est une des complications possibles de l'adénopathie dont elle assombrit singulièrement le pronostic.

Sur 1482 adénopathies, Cazin a eu dix fois de la tuberculose cérébrale; à Pen-Bron, sur 292 adénopathies, nous avons eu deux fois cette fatale dissémination.

Elle se voit dans les différentes formes cliniques de l'adénopathie.

1° A la suite de la micro-polyadénite généralisée (Lesage, Pascal, Legroux, Grancher, Mirinescu).

M. Legroux attache même une grande importance à la constatation de cette adénite généralisée pour le

1. *Zeitschr. f. Heilk*, 1888, p. 97.

diagnostic parfois si difficile au début de la méningite chez les tout petits enfants.

Tout malade, dit-il, qui entre avec des phénomènes de méningite douteuse, et chez lequel nous constatons la micro-polyadénopathie généralisée, nous devient par ce fait tellement suspect de tuberculose, que nous pouvons affirmer la nature parasitaire des accidents méningitiques et que l'autopsie vient nous donner malheureusement raison[1].

2° Dans le cours d'évolution des grosses écrouelles de la seconde enfance.

Du travail très intéressant de Simon[2], il résulte que presque toujours (25 fois sur 27), dans les autopsies sérieusement faites de méningite tuberculeuse, on retrouve des traces manifestes de tuberculisation ancienne, bien antérieure en date à la méningite, ou plutôt à la généralisation tuberculeuse miliaire aiguë dont la méningite n'est le plus souvent qu'un épisode.

Cette tuberculisation ancienne a presque toujours son siège dans les ganglions trachéo-bronchiques, isolée dans ces ganglions ou s'accompagnant de lésions analogues des ganglions mésentériques ou du poumon.

M. Northrup[3], cité par Simon, arrive à des résultats à peu près analogues; dans 125 cas de tuberculose infantile dont il a cherché à déterminer le foyer primitif, presque toujours les ganglions bronchiques étaient en jeu.

Mais le point de départ de la décharge bacillaire

1. Legroux, *Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 403.
2. Simon (de Nancy), *Revue des maladies de l'enfance*, 1893.
3. Northrup, *New-York med. Journ.*, 1891, 2 juin.

peut exister dans une adénopathie externe, les ganglions bronchiques, le poumon et les autres organes ne présentant pas de tuberculose appréciable; la preuve nécropsique a été rarement établie; mais il en existe de fait, ne serait-ce que celui que Guinon[1] a rapporté récemment, dans lequel l'envahissement des méninges a été secondaire à l'infection des ganglions cervicaux, sans qu'on puisse constater ailleurs d'autres foyers tuberculeux.

3° Comme complication inattendue de très vieilles adénopathies caséeuses, calcifiées ou sclérosées, viscérales ou même externes, n'affirmant plus leur existence par aucun symptôme, ou paraissant depuis longtemps guéries.

D'une façon générale, les tubercules fibreux ou calcifiés contiennent très peu de bacilles ou n'en contiennent point (Cornil et Babes).

Mais cependant Déjerine[2] a démontré que les anciens foyers de tuberculose, et notamment les vieux ganglions caséifiés, contiennent des bacilles de la tuberculose.

H. Martin a établi que ces lésions étaient aptes à reproduire la tuberculose, et même à déterminer la généralisation de cette infection sous forme de tuberculose miliaire aiguë, et plus récemment encore Hanshalter[3] a mis hors de doute, par des inoculations sériées, la conservation et la vitalité bacillaire dans de très vieilles tuberculoses crétacées.

1. Guinon. *Revue des maladies de l'enfance.* Note sur la méningite tuberculeuse aiguë dans le cours de la tuberculose ganglionnaire primitive, 1893.
2. Déjerine, *Société de Biologie*, 1884.
3. Hanshalter, *Revue méd. de l'Est*, 1891.

Ainsi s'expliqueraient certaines méningites en apparence primitives chez des sujets exempts de manifestations tuberculeuses ou en paraissant complètement guéris.

Si l'on se rappelle d'autre part les constatations si curieuses de Pizzini, établissant la présence des bacilles dans les ganglions sains en apparence de sujets morts accidentellement, on arrive à regarder la méningite comme une affection très souvent secondaire et exceptionnellement primitive.

La méningite, dans tous ces cas, est rarement isolée et l'on retrouve avec elle des tubercules miliaires disséminés dans les différents organes (Hessert, Jaccoud, Rilliet et Barthez, Damaschino).

Il n'entre pas dans notre cadre restreint d'insister sur le mécanisme par lequel se fait la généralisation; ce mécanisme, d'ailleurs, n'a vraisemblablement rien de particulier aux adénopathies; il doit être le même pour tous les foyers tuberculeux; elle peut se faire :

1° Par voie sanguine (Lépine, Mugge, Arnold, Weigert, Weichselbaum, Cornil et Babes).

Schuchardt[1], cité par Lejars[2], a rapporté récemment un très bel exemple de dissémination des germes infectieux par voie veineuse, à la suite d'une extirpation incomplète de ganglions du cou chez une vieille femme, et suivie d'une généralisation dans l'endocarde, le poumon, le rein, le foie, etc.; la tunique interne de la veine jugulaire était semée de petits nodules tuberculeux. Weigert, en 1882, a trouvé,

1 et 2. *Archives f. path. Anatomie*, 1888, p. 28, et *Traité de chirurgie*, t. I, p. 735.

7 fois sur 9 cas de tuberculisation miliaire, la granulation spécifique sur les parois d'une veine, etc.

2° Par voie lymphatique (PONFICK, BABES, WEIGERT, etc.).

On trouve souvent des granulations non douteuses le long ou à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques et surtout du canal thoracique.

3° Hübbenet[1] cite une observation de généralisation dans le cours d'adénopathies péribronchiques dans lesquelles il y avait intégrité des vaisseaux et des ganglions du cou. Testut[2] a étudié après Robin, Axel Key, Kœlliker, Virchow, des espaces lymphatiques périvasculaires en communication avec les vaisseaux lymphatiques du cou, qui donnent peut-être la clef de la propagation tuberculeuse aux méninges.

Enfin, Koch attribue à la dissémination des bacilles par les cellules migratrices de l'économie une véritable valeur dans ce phénomène de la généralisation.

Dans les adénopathies, comme nous l'avons vu, on trouve souvent à côté du bacille de Koch d'autres bactéries qui ont sur l'évolution de la tuberculose une influence considérable.

Ces mêmes associations se retrouvent dans les méningites.

Il est probable, disent Cornil et Babes, que l'invasion de ganglions contenant déjà des bacilles tuberculeux par d'autres bactéries et surtout par les microbes du pus, favorise la dissémination du virus tuberculeux. Le tissu ganglionnaire caséeux ou induré dans lequel les bacilles de la tuberculose sont primitivement séquestrés se ra-

1. HUBBENET, *Vratch*, 1891, n° 12.
2. TESTUT, *Anatomie descriptive*.

mollit sous l'influence d'autres bactéries ; il peut même suppurer : on comprend qu'il soit alors beaucoup plus apte à verser dans les vaisseaux lymphatiques et à propager au loin non seulement les bactéries mais aussi les bacilles de la tuberculose. Ces derniers entrent ainsi dans les voies lymphatiques ouvertes par cette irritation récente des ganglions, en profitant des moyens de transport donnés par l'inflammation ganglionnaire[1].

La néphrite parenchymateuse sans œdème ou avec œdème ne se voit guère dans l'adénopathie que quand elle s'accompagne d'autres tuberculoses locales graves comme la coxalgie ou le mal de Pott, ou de tuberculose viscérale. Nous n'en connaissons pas d'observations en dehors de ces circonstances, mais cette complication paraît possible dans les adénopathies multiples, suppurées et fistuleuses.

Comme générateur, l'écrouelleux peut avoir des enfants bien portants et ne présentant jamais trace de tuberculose ; mais il est évident que, même guéri, le scrofuleux a plus de chance qu'un autre de faire souche de tuberculeux sans qu'on sache dans quelle proportion et dans quelles conditions se fait cette transmission indirecte du terrain propre à la tuberculose.

1. *Les Bactéries*, p. 433.

TRAITEMENT

1° Médical par topiques et applications externes.

2° Par injections sous-cutanées interstitielles d'éther, d'iodoforme, d'huile ou de vaseline créosotée, de naphtol camphré, de gaïacol pur ou iodoformé, de chlorure de zinc, de teinture d'iode, de liqueur de Fowler, pyoctanine, solutions phéniquées. — Avantages et inconvénients.

3° Traitement chirurgical. — Historique. — Intervention ou abstention suivant les régions. — Région cervicale. — Adénopathies isolables et isolées. — Masses ganglionnaires. — Procédé opératoire. — Opération sur les cicatrices. — Adénopathies prévertébrales. — Adénopathies axillaires. — Adénopathies inguinales. — Adénopathies iliaques.

4° Peut-on, en enlevant les adénopathies tuberculeuses, préserver le reste de l'organisme?

5° Faut-il opérer les adénopathies alors qu'il existe des lésions viscérales : pulmonaires par exemple ou d'autres tuberculoses locales ?

6° L'ablation des adénopathies tuberculeuses par la méthode sanglante n'expose-t-elle pas à des accidents d'auto-inoculation et de généralisation?

7° Traitement général. — Importance. — Médicamenteux. — Hygiénique. — Traitement marin. — Résultats des hôpitaux marins. — Le traitement prolongé est nécessaire. — Hydrothérapie marine. — Eaux mères. — Stations thermales.

Le traitement des adénopathies tuberculeuses comprend :

1° Le traitement médical par topiques et applications externes;

2° Le traitement par injections sous-cutanées ou interstitielles ;

3° Le traitement chirurgical par incision, ponction, séton, curettage, ablation ;

4° Le traitement général, médicamenteux ou hygiénique.

I. — TRAITEMENT PAR TOPIQUES OU APPLICATIONS EXTERNES

Beaucoup de médecins, au début d'une hypertrophie ganglionnaire, se servent, plutôt, croyons-nous, par tradition que par conviction, d'un certain nombre de topiques qui nous semblent sans valeur réelle quand il s'agit vraiment d'adénopathies tuberculeuses.

Les vésicatoires, les emplâtres de ciguë, la teinture d'iode, les pommades iodurées ou mercurielles, les frictions au savon noir, le naphtol camphré en applications externes, les huiles médicamenteuses, etc., n'ont jamais, à notre connaissance, fait disparaître de tuberculose ganglionnaire, si ce n'est quand, en même temps, on faisait agir le traitement général auquel revenait le succès obtenu.

Les bains sulfureux, les bains de mer, les bains d'eaux mères n'agissent pas non plus localement, mais en excitant les fonctions cutanées et par l'heureuse modification qu'ils apportent à l'état général.

Nous avons essayé à Pen-Bron d'entourer le cou des écrouelleux de compresses mouillées d'eaux mères mitigées : il en résulte une légère irritation, sans inconvénients mais sans avantages.

Ce serait donc se faire une illusion complète que

de se borner à ces topiques, illusion d'autant plus dangereuse qu'elle fait perdre un temps précieux et que l'adénite tuberculeuse ne doit pas être abandonnée à elle-même. Ce n'est pas une lésion qu'on soit autorisé à négliger comme peu importante ; elle est une source de dangers pour les glandes voisines et pour l'économie tout entière. Elle mérite qu'on s'en occupe activement, sitôt qu'elle a été constatée, alors même qu'on aurait des doutes sur sa nature. N'avons-nous pas vu les difficultés qui entourent un diagnostic précis et les ganglions les moins suspects de prime abord se manifester brusquement comme franchement tuberculeux ? Les adénopathies peuvent disparaître d'elles-mêmes par les seules forces de la nature, mais le médecin y aide puissamment en instituant dès leur début un traitement général et en agissant même chirurgicalement quand ce dernier reste insuffisant.

II. — TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS

La méthode des injections hypodermiques appliquée tout d'abord par Luton[1] (de Reims) au traitement du goître a ouvert une voie nouvelle au traitement des adénopathies. Des résultats très importants ont été obtenus avec des substances diverses que nous devons passer en revue.

1. *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, Paris, 1875.

1° *Éther iodoformé.*

Verneuil appliqua d'abord les injections d'éther iodoformé aux abcès froids, après ponction et évacuation du pus contenu dans la poche.

Verchère [1] généralisa ce procédé aux adénopathies tuberculeuses.

Voici la façon de procéder indiquée par l'auteur :

1° Quand l'adénopathie est suppurée, il faut procéder comme pour l'abcès froid, évacuer le contenu et injecter une solution à 5 ou 10 p. 100 d'éther iodoformé. La quantité variera suivant le volume de la poche évacuée, mais il faudra éviter une trop grande tension de la peau et laisser par prudence l'aiguille en place pendant quelques instants : elle servira de soupape de sûreté; on s'apercevra que la tension est trop grande à la teinte blanchâtre de la peau qui apparaît instantanément. Sans cette précaution, il pourrait y avoir un sphacèle plus ou moins étendu très désagréable au point de vue de la cicatrice et de la guérison.

2° Quand l'adénopathie n'est pas encore suppurée, il n'y a pas contre-indication à la méthode : on injecte dans l'épaisseur même du ganglion une demi-seringue d'éther iodoformé. Rarement le ganglion suppure à la suite de cette petite intervention et l'injection est reprise au bout de 8 à 10 jours. Dans les cas de suppuration consécutive à la première injection, il faudrait évacuer le ganglion et refaire une nouvelle injection dans sa cavité.

1. Verchère, *Études sur la tuberculose*, 1887, p. 317.

3° Dans une masse ganglionnaire chaque glande sera traitée suivant son degré d'altération ; tel ganglion suppuré sera traité par la ponction suivie d'injection, tel autre sera simplement injecté.

Une difficulté consiste à bien faire l'injection dans le ganglion lui-même; difficulté réelle quand celui-ci est petit, mobile, non adhérent à la peau ou aux parties profondes; il faut alors, pour le fixer, l'énucléer pour ainsi dire entre les doigts et rapidement y plonger l'aiguille; puis, relâchant les doigts, s'assurer, en imprimant quelques mouvements à l'aiguille, que le ganglion est atteint.

4° Les fistules ganglionnaires peuvent être guéries par le même moyen, en ayant soin, immédiatement après l'injection, d'appliquer l'index sur l'ouverture le temps suffisant pour que l'iodoforme se dépose sur la poche.

La durée du traitement est variable suivant l'importance de la masse ganglionnaire, mais la durée moyenne est de deux mois et demi.

Le mémoire de Verchère, auquel nous empruntons cette technique, est suivi d'observations de guérisons complètes; toutes les revues médicales ont enregistré également des succès par la méthode que nous étudions.

Le grand avantage de ces injections, comme du reste de toutes les autres injections médicamenteuses, est d'éviter toute cicatrice apparente, et chez les jeunes gens cet avantage est considérable.

Les inconvénients sont :

La douleur. — Elle est quelquefois excessive et, comme la répétition de l'injection rend impossible

l'emploi du chloroforme, l'injection est très mal acceptée par la plupart des malades.

Le sphacèle. — On l'évitera en laissant l'aiguille en place, comme nous l'avons dit, jusqu'à ce que la peau ait retrouvé sa teinte naturelle ; on ne la retirera que quand le volume de la tumeur gazeuse n'augmentera plus et que la circulation paraîtra rétablie.

La lenteur du procédé, puisqu'il faut souvent de longs mois avant de constater un résultat.

Son insuffisance quand, par derrière les ganglions accessibles, il s'en trouve d'autres dans les parties profondes et au voisinage des gros vaisseaux dont l'accès est difficile ou dangereux.

L'empoisonnement iodoformique. — Il ne se voit guère qu'après les injections très abondantes dans de vastes poches d'abcès froids, et encore dans ces cas l'absorption ne se fait que graduellement et les enfants peuvent ainsi supporter des doses considérables de l'agent modificateur. Il faut cependant tenir compte de certaines susceptibilités : on a vu l'intoxication survenir dans ces cas avec des doses très minimes. Il faudra également toujours rechercher l'état des reins avant la première injection. Une observation de G. Marchant indique bien que l'intoxication survenue chez un enfant albuminurique était due à un mauvais état de ces organes.

Ces accidents ont fait préférer à l'éther l'huile d'olives ou l'huile de vaseline à l'éther comme excipient de l'iodoforme (Tredelenburg de Bonn, Redard). Mais si cet excipient supprime la douleur et le sphacèle, l'injection faite dans ces conditions paraît moins active. En effet l'éther en se volatilisant dépose l'iodo-

forme dans les moindres anfractuosités et déplise pour ainsi dire toutes les irrégularités de la cavité tuberculeuse. Un autre inconvénient sérieux est la difficulté de maintenir stérile la solution huileuse, excellent milieu de culture qui s'ensemence avec la plus grande facilité et produit de la suppuration.

Thierry[1] dans son livre étudie la valeur anti-tuberculeuse de l'iodoforme ; il rapporte les 5 observations de Verchère, 12 observations de Barette, 8 observations personnelles et les opinions favorables de Verneuil, Reclus, Polaillon, Kœnig, Maske. Étudiant les résultats éloignés des différentes interventions dans la gangliophymie il dit :

> A ne considérer que les suites éloignées, le bénéfice qu'on retire de l'intervention sanglante devient minime et l'injection d'éther iodoformé la prime. La conduite du chirurgien se bornera donc à tenter la résolution par les injections interstitielles ; s'il ne peut éviter la suppuration, il lui restera le lavage iodoformé après aspiration de la collection ramollie, enfin la cautérisation profonde pourrait faire justice des cas rebelles.

Nous ne partageons pas absolument cette confiance; il faut bien avouer que les injections iodoformées ne sont pas toujours possibles et qu'elles ne sont pas infaillibles. Nous nous rappelons pour notre compte un certain nombre de mécomptes que d'autres chirurgiens ont partagés avec nous. Il y a là cependant une puissante ressource thérapeutique, d'autant moins à négliger qu'elle ne compromet rien et prépare même efficacement l'innocuité d'une intervention radicale.

1. *Loc. cit.*, 1er Congrès de la tuberculose, 1892.

2° *Injections d'huile créosotée.*

Gimbert (de Cannes), Festal (d'Arcachon) et Burlureaux, agrégé du Val-de-Grâce, préconisent les injections d'huile créosotée à hautes doses, à doses énormes même, puisque, à un de ses malades, Burlureaux a injecté en six mois 4^{kil},200 grammes d'huile créosotée, soit 83 grammes de créosote pure en 25 injections, à un autre enfin en 22 jours 1 130 grammes d'huile et 75 grammes de créosote. Ces injections se font au moyen d'un appareil à pression d'air, facile à manier et à stériliser, dont il a fait la description au Congrès de la tuberculose.

Les malades supportent généralement bien ces hautes doses d'huile créosotée au 12e ou au 15e. Il faut cependant savoir tâter auparavant leur susceptibilité, car quelques-uns ont des accidents pour des doses faibles. Pour étudier la sensibilité des malades, la seringue stérilisable et dûment stérilisée suffira; mais pour l'injection abondante l'appareil spécial est nécessaire. Il faut en effet procéder avec la plus grande lenteur, le débit d'après Burlureaux ne doit pas être supérieur à 20 grammes par heure, c'est-à-dire que l'injection doit durer 2, 3, 4 et même 5 heures suivant la dose prescrite.

Burlureaux insiste sur la pureté que doit avoir l'huile injectée et sur sa stérilisation préalable; de même la créosote doit être absolument exempte d'acide phénique et rectifiée très soigneusement.

L'intolérance de quelques sujets est un des gros inconvénients de cette méthode. Nous trouvons dans le travail de Burlureaux cinq cas de mort par des doses

relativement minimes. Les accidents sont généralement immédiats, mais peuvent ne se manifester qu'au bout de quelques heures ; ils consistent en sueurs excessives, vertiges, ivresse, urines noires, hypothermie, syncopes. Il faudra donc que les premières injections soient faites avec la plus grande prudence et ne pas les continuer si la tolérance ne s'établit pas. Très souvent en effet le malade s'habitue progressivement à supporter de hautes doses.

Il est important que l'aiguille soit enfoncée profondément sous la peau, non pas dans l'intérieur même des ganglions, bien entendu, mais dans l'atmosphère celluleuse où ils baignent.

Sous l'influence de ces injections on voit les masses ganglionnaires se circonscrire, devenir dures comme du bois, cesser d'adhérer aux parties voisines ; ce qui, dit l'auteur, facilitera singulièrement l'énucléation aux chirurgiens qui s'obstinent à vouloir les enlever. Certains ganglions disparaissent sans laisser de traces, d'autres fois il reste toujours un ganglion ligneux, mobile, mais d'un volume très diminué.

Burlureaux semble plutôt attribuer les résultats heureux de cette méthode à l'action dynamogénique de l'huile créosotée qu'à une véritable action spécifique sur le bacille de Koch.

Il a même vu ce traitement, sinon provoquer, tout au moins coïncider avec des poussées nouvelles de tuberculose.

Il n'en reste pas moins démontré que la créosote n'empêche pas l'apparition d'accidents tuberculeux et nous croyons même qu'elle peut les provoquer dans une certaine mesure, mais :

1° C'est à titre tout à fait exceptionnel puisque sur 125 malades observés par nous et suivis avec le plus grand soin nous n'avons vu que quatre fois des accidents semblables ;

2° A l'inverse de la tuberculine, la créosote provoque des accidents facilement curables.

En dehors de l'action dynamogénique, de l'amélioration générale, de l'embonpoint qu'elle produit, la créosote aurait sur les tuberculoses locales en général et particulièrement sur les adénopathies tuberculeuses « l'effet d'empêcher les progrès de l'envahissement bacillaire et de permettre à la nature médicatrice d'opposer aux bacilles existants des barrières protectrices de tissu scléreux, de sorte que les bacilles, en admettant qu'ils ne soient pas impressionnés directement, finissent ou par mourir d'inanition ou du moins par ne plus être dangereux, emprisonnés qu'ils sont dans un tissu fibreux peu perméable ».

3° *Injections de naphtol camphré.*

La formule des injections de naphtol camphré a varié suivant les auteurs. Voici celle qu'a donnée le professeur Bouchard :

Naphtol B.	5 grammes.
Alcool à 90°.	33 —
Eau distillée chaude, q. s. pour	100 cc.

Filtrez à chaud.

Le camphre peut être introduit en quantité égale à celle du naphtol.

Au moment de faire l'injection il faut plonger le flacon dans un bain-marie. La seringue baignera dans

une solution antiseptique chaude. Ces précautions sont indispensables pour empêcher la précipitation du naphtol qui boucherait l'aiguille. Le pus est préalablement évacué s'il y a lieu.

Ch. Nélaton, à plusieurs reprises mais notamment en juillet 1893, a entretenu la Société de chirurgie de nouvelles guérisons obtenues par Reboul et par Moty au moyen de ces injections interstitielles de naphtol camphré.

D'après Reboul, les ganglions tuberculeux primitivement durs peuvent rester durs et disparaître sans se ramollir, mais seulement après plusieurs injections. Pour les ganglions ramollis, il se produit après l'injection une très légère réaction se manifestant par de petites douleurs de courte durée, des sensations de gêne ou d'engourdissement, puis, au bout de trois ou quatre séances, le ganglion acquiert une dureté qui augmente jusqu'à la disparition de la glande.

A l'appui de ces faits, Reboul fournit une série de succès, succès remarquables surtout dans les adénites suppurées.

De la discussion qui suivit la communication de Ch. Nélaton et à laquelle prirent part MM. Delorme, Quénu, Berger, Reynier, Félizet, Tuffier, Segond et L. Championnière, il paraît résulter que, dans l'opinion générale, ces injections n'ont pas dans le traitement des adénopathies tuberculeuses une valeur supérieure à celles qui ont été déjà recommandées. Elles constituent un traitement long, infidèle, et qui ne trouve son application que dans deux cas qui ont été bien déterminés par Ch. Nélaton.

1° Lorsqu'on a un ou deux ganglions superficiels, fluctuants, que l'on peut vider, on substitue au pus du naphtol et la guérison est promptement obtenue ou elle peut l'être avec un minimum de cicatrice qu'on n'obtiendrait pas par l'incision ou par l'ablation.

2° Dans ces adénopathies énormes où une intervention sanglante laisse des cicatrices difformes et considérables, où la recherche des ganglions profonds serait dangereuse.

Comme pour l'éther iodoformé, comme pour la créosote, l'injection de naphtol camphré ne doit être faite qu'après examen des urines et avec grandes réserves les premières fois.

Calot (de Berck) a eu des accidents graves à la suite d'une injection dans un abcès ossifluent de l'aine chez un coxalgique. Il est vrai que la dose était considérable (40 à 45 grammes) et précédemment on avait injecté 10 à 15 grammes de la même solution sans accidents. Ils consistèrent en coma, pouls misérable, crises épileptiformes. On incisa largement la poche pour évaluer le liquide, et les inquiétudes cessèrent.

Les mêmes crises épileptiformes ont été observées par Ménard (de Berck) pour une injection de 50 grammes dans les mêmes conditions.

Gérard Marchant a eu les mêmes accidents pour une demi-seringue de Pravaz injectée dans un ganglion du cou chez une jeune femme ; il est vrai qu'elle était albuminurique.

4° Injections de gaïacol pur ou de gaïacol iodoformé.

Le gaïacol a été préconisé pour la première fois par Sahli (de Berne) en 1887 et expérimenté par Fraentzel

(de Berlin), Bourget (de Genève), Labadie-Lagrave, Picot (de Bordeaux), Weil et Diamantberger (de l'hôpital Rothschild). Nous empruntons à la communication de ces deux derniers au Congrès de la tuberculose (1892) les notions nécessaires pour pratiquer ces injections.

La formule de Picot est la suivante :

Gaïacol pur	2gr,50
Iodoforme	0gr,50
Huile d'olives stérilisée .	ãã q. s. pour
Vaseline liquide.	50 c. c.

Celle de Weill et Diamantberger :

Gaïacol pur.	ãã 25 grammes.
Huile d'amandes douces (stérilisée à l'étuve).	
Chlorhydrate de cocaïne .	0gr,50

Ces formules ont été surtout appliquées au traitement de la tuberculose pulmonaire, mais peuvent servir également à celui des adénopathies tuberculeuses. Leur effet sur ces dernières est encore cependant mal étudié.

Ici encore, il est prudent de commencer par de faibles doses, un quart, par exemple, de la seringue contenant 1 cc., car il y a des susceptibilités individuelles se traduisant par de l'angoisse, une légère dyspnée, quelquefois des défaillances et des lypothymies. Mais la tolérance serait vite établie et on pourrait arriver progressivement à des doses de plus en plus fortes.

Peu après l'injection, les malades ressentent un goût de gaïacol à la bouche, l'haleine en est tout imprégnée.

Robillard (de Lille) et d'autres médecins ont essayé

chez les tuberculeux pulmonaires fébricitants les badigeonnages de gaïacol à des doses variant de 50 centigrammes à 2 grammes. Le médicament paraît rapidement absorbé et produit un abaissement notable dans la température.

Nous l'avons parfois employé en applications externes dans les adénopathies, mais il ne paraît pas avoir plus d'effet que la teinture d'iode par exemple.

5° *Injections de chlorure de zinc.*

La méthode sclérogène de M. le professeur Lannelongue[1] a donné des résultats très variables surtout en matière d'adénopathies tuberculeuses. L'auteur lui-même avoue « qu'on éprouve à cet égard de nombreuses déceptions ». La solution, comme on sait, est généralement au 1/10 et pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

Les injections doivent être faites en différents points autour des ganglions et à leur partie profonde. C'est en effet profondément que ces organes reçoivent leurs vaisseaux afférents, et il importe de modifier l'état des vaisseaux d'apport aussi bien que celui des vaisseaux afférents. On évitera, bien entendu, les grosses veines et les grosses artères.

Sur les ganglions non caséifiés, le résultat aurait été excellent : diminution rapide des ganglions qui s'amoindrissent et deviennent très durs sans aucune tendance à la suppuration. Mais si le ganglion est déjà atteint de fonte caséeuse, ce qui est, la plupart du temps,

1. Lannelongue, *Académie des sciences.*

impossible à reconnaître cliniquement, les injections hâtent la conclusion et provoquent un abcès; il faut alors ouvrir cet abcès et on aura soin, en ouvrant l'abcès, d'enlever le ganglion ou de modifier sa coque par le chlorure de zinc ou autres agents médicamenteux.

Le professeur Lannelongue a été suivi dans cette voie par un grand nombre d'expérimentateurs et de cliniciens. Les uns ont eu à s'en féliciter comme Moncorvo, par exemple; les autres ont eu des résultats nuls ou des accidents fâcheux de suppuration là où elle ne paraissait pas encore fatale et où on pouvait arriver à une solution par le traitement médical seul.

La méthode sclérogène est pourtant bien séduisante dans l'adénopathie où la nature procède de la même façon pour arriver à la guérison; peut-être n'a-t-elle pas dit son dernier mot.

6° *Injections de teinture d'iode.*

La teinture d'iode mitigée a été souvent employée comme injection interstitielle dans les adénopathies tuberculeuses, mais elles donnent lieu à une inflammation trop vive (Reclus) et ne paraissent pas donner de résultats supérieurs.

A propos des injections de teinture d'iode faites dans les ganglions du cou, Félizet a signalé un fait assez intéressant; la douleur consécutive n'existait pas tant au niveau du ganglion infecté que plus bas dans des ganglions inférieurs de la chaîne. Ces mêmes ganglions présentaient du gonflement le jour de l'injection.

Il en tire cette conclusion que l'action de l'iode peut retentir assez loin et a proposé cette diffusion d'un agent curateur pour le traitement d'adénopathies inaccessibles comme l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse; il attribue à la tuméfaction de ces ganglions l'aggravation de crises dyspnéiques correspondant aux injections.

Morel-Lavallée admet en effet que certaines formes d'altérations lymphatiques restent compatibles avec la perméabilité des voies lymphatiques [1].

Bien d'autres substances encore ont été essayées en injections.

Signalons :

La *liqueur de Fowler* (Treves) 8, 10, 12 gouttes dans 24 heures. Mais les résultats n'ont pas été appréciables (Reclus).

La *pyoctanine* recommandée tout d'abord par Quénu, mais les expériences n'ont pas été suffisamment continuées pour qu'on puisse se prononcer.

La *solution phéniquée forte* à 5 p. 100 (Hueter, Schiller).

La *papaïne* (Bouchut).

Le *phosphate acide de chaux* (Kolescher).

Le *naphtol B* (Lasserre).

Le *nitrate d'argent*.

L'*essence de girofle* (Tiroch, Kanasz-Nannote), 2 à 20 gouttes de la formule suivante :

Essence de girofle.	3 grammes
Huiles d'olives stérilisée. . . .	30 —

En somme, les injections médicamenteuses bien faites avec toutes les précautions aseptiques ont donné

1. *Société française de dermatologie et syphiligraphie*, avril 1891.

de très sérieux résultats et elles constituent une précieuse ressource :

1° Quand l'intervention chirurgicale est contre-indiquée par le volume, les adhérences, la situation profonde de la masse ganglionnaire ;

2° Dans les cas ou l'exérèse possible au point de vue chirurgical nécessiterait une cicatrice telle que les malades redoutent une semblable solution ;

3° Quand au contraire on a affaire à des adénopathies superficielles, isolées, sans menaces du côté de l'état général et qu'on veut éviter au malade toute cicatrice désagréable, si minime qu'elle soit.

Dans ces deux derniers cas il sera, en cas d'insuccès, toujours temps de recourir à l'ablation ou au curettage.

Contrairement à certaines assertions que nous avons reproduitcs, Tuffier et Segond, lors d'une discussion très récente à la Société de chirurgie, font cette remarque fort juste que les injections préalables, en produisant de la sclérose périganglionnaire, rendent les dissections beaucoup plus difficiles quand on se décide plus tard à l'intervention.

Le traitement par les injections, quand il est adopté, doit toujours s'accompagner du traitement général sans lequel nous ne croyons guère à des résultats durables.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL, TRAITEMENT SANGLANT (PONCTION, SÉTON, ABLATION, CURETTAGE, ETC.)

Traiter les adénopathies tuberculeuses comme un néoplasme malin, susceptible de récidiver et de se

généraliser, les supprimer par une exérèse radicale et mettre du même coup le malade à l'abri de la généralisation du côté des viscères importants est une opération bien séduisante.

Ce n'est point une tentative neuve, puisque, sans remonter à Galien, Vesale, Fallope, Sanctorius en fait, bien à tort du reste, le seul mode de guérison de l'adénite. *Ergo strumæ nunquam sanabuntur nisi evellantur.*

On trouve cette méthode décrite et bien décrite par A. Paré :

Il y a, dit-il, une autre manière de curer les escrouelles qui est par la main du chirurgien lorsqu'elles sont au col et superficielles, faisant une incision à la fin de les séparer des parties où elles sont attachées, puis tirées et coupées hors. Mais en faisant une telle œuvre, il faut se garder de toucher la veine jugulaire ou autre et l'artère carotide et nerfs récurrents où il y aurait danger de flux de sang. Après les avoir arrachées, les faudrait lier à leur base, en passant une aiguille enfilée, les liant et serrant des deux côtés afin qu'elles-mêmes tombent petit à petit sans danger.

Oubliée ou redoutée pendant longtemps, l'opération revint sur le tapis avec Magniez, médecin militaire du siècle dernier, qui accuse quatre morts sur deux cents ablations.

Les chirurgiens militaires du premier Empire, Larrez, Baudens, Sedillot, reprirent cette opération.

Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, écrivait H. Larrey, mais bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'ablation des tumeurs ganglionnaires du cou et surtout par les chirurgiens militaires, c'est le succès habituel, je dirai presque constant, des opérations de ce

genre. Elles semblent véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimes, et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce fait; il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs; il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie.

Le silence se fit de nouveau jusqu'à la période contemporaine où l'audace chirurgicale créée par l'antisepsie d'une part, les idées nouvelles sur la nature tuberculeuse quasi constante de ces ganglions d'autre part, remirent en honneur, d'abord en Allemagne (Billroth, Fischer, Kirch), puis en France, l'ablation des adénopathies.

De nos jours, l'opération compte de chauds partisans, mais elle a aussi des détracteurs acharnés; soumise en 1884 à la Société de chirurgie, la question ne fut point tranchée d'une façon définitive et les avis restèrent partagés.

La discussion s'ouvrit à propos d'un rapport de M. Chauvel sur un cas malheureux de Poulet (agrégé du Val-de-Grâce); l'observation était intitulée : « Sur un cas de mort par septicémie à la suite de l'extirpation des ganglions du cou (hémorrhagie de la carotide et gangrène du cerveau). »

Les conclusions de Poulet étaient celles-ci : Au début de l'affection, quand les ganglions sont petits, bien isolés, non ramollis, il faut les extirper, malgré les dangers de l'opération.

Plus tard au contraire, quand ces ganglions sont nombreux, ramollis, plus ou moins confondus, quand le foyer s'est ouvert au dehors, qu'il existe des abcès,

des fistules, des fongosités, il faut se contenter d'un curage, d'un raclage avec la curette tranchante de Volkmann. Dans ces conditions l'extirpation est rendue difficile par l'écoulement du sang, par les limites indécises des tumeurs, par le manque de résistance des coques ganglionnaires qui se déchirent sous la pince[1].

M. Chauvel ne peut admettre cette règle de conduite : extirpation ou curage; il croit beaucoup à l'influence du traitement général et ce n'est qu'après l'avoir longtemps essayé qu'il se déciderait à intervenir; encore serait-ce seulement par le curage, les caustiques, etc., sans tenter l'ablation radicale des ganglions, toujours incomplète et très souvent dangereuse.

M. Després partage absolument cette opinion et se déclare hostile à toute intervention sur les ganglions, à moins qu'il ne s'agisse de ganglions cancéreux.

M. Trélat se déclare partisan du curage, mais du curage sérieux, véritable extirpation avec la curette ou même de l'ablation quand le traitement général est resté insuffisant et n'a amené aucune amélioration; cette ablation du reste n'est souvent qu'une simple question d'esthétique, mais il faut que l'opération puisse se faire sans mettre le malade en danger. Il est moins réservé sur l'ablation des ganglions axillaires qui offrent beaucoup moins de danger.

M. Verneuil n'est point partisan du curage et pas beaucoup plus de l'ablation qu'il n'a été forcé qu'assez rarement de pratiquer; mais il la pratique cependant dans certaines circonstances, quand les accidents sont graves ou menaçants.

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 163 et suiv., 1884.

M. Cazin, dont la pratique est énorme puisqu'elle concerne 102 opérations, n'a eu que deux morts, l'une par hémorrhagie secondaire sans septicémie, l'autre par une phlébite de la jugulaire interne suivie de septicémie. Il s'était agi dans les deux cas d'opérations très sérieuses ; il enlève au bistouri les ganglions non ulcérés et au thermo-cautère, qui lui rend de signalés services, les ganglions ulcérés; arrivé dans les régions profondes, il abandonne thermo-cautère et bistouri et se contente du doigt, d'une spatule ou du dos du bistouri. Le curage à l'aide de la curette de Volkmann n'est pas non plus à dédaigner pour transformer en places nettes les surfaces malades et anfractueuses.

M. Lefort a surtout en vue l'adénopathie des jeunes soldats; il ne serait pas chirurgical, selon lui, d'enlever des ganglions que l'hygiène et le traitement général feront disparaître.

Mais quand elle est jugée indispensable, on doit s'attacher à faire l'ablation aussi complètement que possible. Il n'intervient qu'après avoir soumis au traitement général le malade pendant deux ou trois mois.

Ma conviction, dit-il, mon expérience, m'ont convaincu que l'ablation des ganglions ulcérés gagne en sécurité et en rapidité.

Et il termine par cette conclusion :

J'ai voulu seulement établir que si l'on n'a pas encore le droit d'affirmer qu'il faut enlever tout foyer tuberculeux, comme on détruit une pustule maligne, comme on supprime un cancer, l'ablation des ganglions tuberculeux, surtout lorsqu'ils sont ulcérés, est une opération légitime.

Elle est exempte de danger si l'on prend les précautions que j'ai indiquées; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation; elle laisse après elle des cicatrices moins hideuses et peut-être diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale.

L'année suivante Pozzi fournit un cas d'ablation d'une masse ganglionnaire volumineuse parfaitement guérie et racontait avoir pratiqué cinq ablations semblables.

Puis vint le *Congrès de chirurgie de* 1889 dans lequel cette question fut de nouveau agitée accessoirement, à propos de cette question à l'ordre du jour « résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales ».

Le professeur Demosthène (de Bucarest) a fait 61 opérations pour gangliophymies dont 21 raclages et 40 extirpations. Il s'en déclare peu partisan. Selon lui la formation d'autres adénopathies est assez souvent très précoce après extirpation. « En effet, dit-il, les pléiades ganglionnaires secondaires surgissent dans un délai variable de trois semaines à six mois à partir de l'opération. »

Pour lui l'extirpation est souvent un coup de fouet qui accélère et précipite l'envahissement d'autres ganglions par le processus morbide. Les injections antiseptiques intra-ganglionnaires se montrent plus inoffensives, sinon plus efficaces.

Daniel Mollière professait une opinion diamétralement opposée et d'autant plus optimiste qu'il étudiait surtout le cas où les ganglions axillaires ou cervicaux présentent en même temps des lésions pulmonaires.

Selon lui l'incision, le raclage, la modification des abcès ganglionnaires par les caustiques, l'évidement, alors même qu'ils ne sont que des opérations palliatives destinées à mettre le malade à l'abri de l'*infection mixte*, sont de bonnes opérations qui, combinées chez des sujets jeunes avec le traitement général, l'hygiène et le séjour au bord de la mer, peuvent donner des résultats définitifs.

L'extirpation des ganglions est encore préférable, mais à condition qu'elle soit radicale. Il en a vu six ans, huit ans même après l'acte opératoire avec un amendement très notable des lésions pulmonaires.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a fait 30 extirpations pratiquées largement et de bonne heure, renonçant aux topiques et même aux injections iodoformées qui lui ont toujours paru insuffisantes. Il a obtenu 30 guérisons opératoires et un seul insuccès thérapeutique : une mort par méningite survenue dix-huit jours après la guérison. Une malade a dû être opérée deux fois par suite de récidive locale résultant d'une opération trop parcimonieuse. Une autre guérie d'adénite cervicale a succombé aux progrès de la phtisie vingt mois après sa guérison et une troisième guérie d'adénite caséeuse est morte de coxo-tuberculose vingt-huit mois après.

Les 27 autres opérés sont actuellement encore bien portants sans aucune trace de récidive, leur état général s'est amélioré et ceux qui étaient menacés de phtisie pulmonaire en sont encore indemnes à l'heure qu'il est.

Léaoté (de Bucarest) préfère les injections médicamenteuses à l'extirpation parce que cette extirpation

incomplètement pratiquée est suivie de récidive plus importante que la lésion initiale dans des ganglions qui paraissaient indemnes avant l'opération. Il ne paraît cependant pas trop avoir à se plaindre de sa statistique, car sur 16 cas d'extirpation d'adénites tuberculeuses, il accuse 16 guérisons et 2 récidives seulement au même endroit, l'une après quatre ans et l'autre après deux ans, à partir de l'opération.

M. Queirel (de Marseille) pourrait citer un certain nombre de cas de ganglions tuberculeux suppurés, grattés et nettoyés à l'éther iodoformé suivis de guérison radicale, persistant depuis longtemps, et pour lui il n'y a pas d'hésitation à supprimer un foyer tuberculeux partout où il est accessible.

M. Routier déclare que l'ablation ou la destruction de ces foyers de tuberculose locale semble exercer même chez les tuberculeux viscéraux une heureuse iufluence sur la santé générale et mérite d'être recommandée.

M. Le Dentu estime que cliniquement l'ablation d'un foyer limité de tuberculose ne peut qu'exercer une action salutaire sur toute l'économie et même une action salutaire à distance sur les foyers tuberculeux auxquels on ne touche pas.

Fontan (de Toulon) a opéré 18 tuberculoses des ganglions, il n'a eu qu'une mort par progrès de la tuberculose générale, après un curage à fond, à deux reprises, d'une tuberculose ganglionnaire de l'aisselle.

Iscovesco ne rejette pas l'opération, mais il est persuadé, ce que personne ne lui conteste, que les ablations sont presque toujours incomplètes et qu'on laisse des ganglions déjà infectés. Toutefois la question

de nombre a son importance en matière d'infection bacillaire et souvent on doit se contenter d'en enlever le plus possible sans avoir la prétention de détruire la source de toute infection secondaire ; il n'est pas possible de formuler pour le traitement des adénites tuberculeuses des règles absolues. Le nombre des adénites qui guérissent seules est innombrable et attribuer la guérison à l'ablation dans des cas où la guérison eût été spontanée est une erreur.

Le professeur Romnicianu (de Bucarest) a pratiqué un nombre considérable d'interventions sur les ganglions : 200 énucléations et 70 raclages. Il n'a eu sur ce nombre que 12 résultats négatifs avec le *statu quo* et 3 morts dues 2 fois à la tuberculose pulmonaire et une mort par albuminurie, encore cette albuminurie était-elle due à une scarlatine intercurrente.

Cette longue énumération des opinions émises au Congrès de chirurgie et l'énorme statistique qu'elle apporte étaient nécessaires pour qu'on puisse se faire une opinion justifiée.

L'ensemble de toutes ces communications est très favorable à l'opération radicale, quand elle est possible, et même à l'opération forcément et sciemment incomplète.

Sans doute la théorie et nos connaissances actuelles sur l'infection générale précoce de l'économie par le bacille est au premier abord en contradiction avec cette manière de faire, mais il n'y a qu'à s'incliner devant tant de faits significatifs. Bien souvent le chirurgien ne fait qu'aider la nature en enlevant une masse ganglionnaire et peut-être même sous l'influence du traitement général la nature toute seule aurait-

elle suffi à la besogne ; mais c'est déjà quelque chose d'avoir aidé l'économie dans sa tâche et de l'avoir mise à même de triompher dans la lutte.

M. Queirel a une comparaison que nous acceptons volontiers.

Permettez-moi, dit-il, de rapprocher ce que nous faisons, en curant un foyer tuberculeux, de ce que font les accoucheurs, en curant un utérus infecté par des débris placentaires qui ont déjà donné la pyohémie. Sans doute on n'agit que localement, mais dans les deux cas le but est le même : débarrasser l'économie le plus possible de l'ennemi qui lui livre une guerre à mort, guerre d'autant plus meurtrière que cet ennemi sera plus nombreux ou se multipliera plus facilement.

Sans formuler de règles fixes dans le mode de l'intervention chirurgicale, cherchons cependant à préciser les indications les plus nettes de l'opération ou de l'abstention.

Pour le faire il nous faut à présent étudier à part les adénopathies suivant les régions.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU COU

Il est un point sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord, c'est l'extrême difficulté qu'ont trouvée les opérateurs à enlever d'une façon à peu près complète les masses ganglionnaires du cou, alors même que ces ganglions semblaient mobiles sur les parties profondes, énucléables et que leur ablation paraissait facile. Ces difficultés augmentent encore quand un ou plusieurs ganglions sont déjà ramollis, quand il y a eu

périadénite et que le tissu cellulaire a subi des modifications scléreuses dans sa contexture lâche.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner quand on songe :

1° Que tous ces ganglions du cou sont tous sous-aponévrotiques et par conséquent beaucoup plus profonds qu'ils ne paraissent au premier abord;

2° Qu'ils entourent pour ainsi dire les gros vaisseaux du cou;

3° Que ceux qui font une saillie sous-cutanée ne sont que l'avant-garde d'une pléiade qui s'enfonce de plus en plus profondément jusqu'au-devant de la colonne vertébrale;

4° Que la carotide et les jugulaires, alors même que leurs parois ne sont pas altérées par l'envahissement, sont tout au moins adhérentes aux ganglions; que les rapports anatomiques sont souvent changés et qu'on avance sans guide certain dans la dissection d'une région éminemment dangereuse;

5° Que la section des nerfs peut elle-même devenir une source de danger ou de difformité permanente. Exemple, la section du facial dans la région parotidienne.

Il faut donc se garder de l'illusion qui consiste à croire qu'on aura une opération facile et sans danger. Il sera parfois nécessaire, *dans les masses volumineuses*, d'isoler les gros vaisseaux, de sectionner le sterno-mastoïdien et bien des chirurgiens se sont arrêtés au cours de l'ablation, effrayés des délabrements auxquels ils étaient entraînés. Pour peu qu'on ne veuille pas faire une opération incomplète, on sera donc exposé à un certain nombre d'accidents qu'il ne faut pas perdre de vue un seul instant.

1° Hémorrhagie primitive par blessure de la jugulaire ou de la carotide nécessitant la ligature immédiate de l'un ou de l'autre de ces gros vaisseaux (cas de MENEAULT);

2° Hémorrhagie consécutive par contusion, tiraillement, pression, exercés sur l'un ou l'autre de ces vaisseaux, hémorrhagie consécutive qui peut encore être favorisée par la septicémie (cas de POULET);

3° La phlébite par septicémie;

4° L'entrée de l'air dans les veines, accident rare mais possible (BÉGIN, ROUX, MIRAUT d'Angers);

5° La section du nerf facial (LUCKE).

Est-ce à dire qu'en présence de ces difficultés et de ce danger on doive proscrire l'ablation des ganglions cervicaux tuberculeux? nous ne le croyons point. Mais il y a lieu d'établir ici des cas différents :

I. S'il ne s'agit pas de masses volumineuses, mais *de ganglions isolés et isolables* disposés en chaîne occupant la région sterno-mastoïdienne, nous estimons qu'après un traitement général de plusieurs mois resté inutile, il y a intérêt pour le malade à l'en débarrasser. La plupart du temps le séjour au bord de la mer, condition, selon nous, presque indispensable d'une modification spontanée, ne peut pas être continué très longtemps. En enlevant les ganglions et en faisant suivre l'opération d'une prolongation de quelques mois de traitement marin, on arrive à une très heureuse solution. Les malades sortent guéris de l'hôpital et leur guérison se maintient s'ils ne retombent pas dans les mêmes conditions d'hygiène déplorable où les adénopathies s'étaient produites. Nous suivons cette conduite à Pen-Bron et nous nous en trouvons bien.

Le plus grand nombre de nos ganglionnaires quitte l'hôpital guéri après un séjour de six mois à un an sans avoir été opéré; mais, quand au bout de quelques mois l'état est resté stationnaire nous n'hésitons pas à intervenir.

Dans ces cas, du reste, l'exérèse est facile même à la région carotidienne, à plus forte raison aux régions sous-maxillaires, sus et sous-hyoïdienne.

L'indication se pose encore plus formellement quand l'adénopathie est suppurée, fistuleuse ou en train de le devenir. Il y a ici en plus des autres considérations une question d'esthétique et une cicatrice linéaire vaudra toujours mieux que la cicatrice froncée regrettable de l'écrouelle suppurée guérie spontanément. Cette considération qui a bien son importance nous éloigne dans ces cas de suppuration de l'injection d'éther iodoformé dont nous ne sommes pas éloignés quand il s'agit d'adénopathies non suppurées.

Nous avouons cependant que ces injections que nous avons beaucoup pratiquées ne nous ont pas semblé à la hauteur de la réputation qui leur a été faite. Dans beaucoup de cas, pour ne pas dire dans la plupart des cas, elles ne nous ont point donné en dehors du traitement général de résultats complets et quand nous avons eu un succès, c'était dans ces cas où le traitement général seul suffit à la guérison. Nous citons volontiers un cas qui démontre bien l'insignifiance de ces injections; il ne s'agissait pas d'une adénopathie, mais d'une vaste poche d'abcès par congestion, suite du mal de Pott dorsal. Cet abcès, gros comme une orange, existait à la région inguinale

et chez l'enfant maigre qui le portait on sentait très bien passer sous l'arcade de Fallope le cordon qui avait extériorisé l'abcès. La lésion dorsale était guérie et le cordon lui-même semblait oblitéré et n'être plus en communication avec un trajet abdominal. Pendant plusieurs mois à dix reprises nous avons vidé cet abcès et nous y avons injecté des doses progressives de la solution à 5 p. 100 d'éther iodoformé sans aucun résultat. Nous avons dû finalement disséquer et enlever cet abcès comme une poche kystique; elle n'avait plus en effet de communication abdominale et nous obtînmes un succès définitif et durable que nous n'avions pu obtenir par les injections.

L'ablation d'un ou plusieurs ganglions dégénérés et suppurés est beaucoup supérieure à l'incision simple; mais l'incision est elle-même supérieure à l'ouverture spontanée qui laisse toujours une cicatrice étendue plus désagréable; il faut en prévenir les familles qui pencheraient pour l'expectation pure et simple.

La méthode du séton recommandée jadis par Perrochaud, et qui consiste à passer avec une aiguille courbe un fil aseptique à travers les deux points extrêmes de l'adénite suppurée, laisse deux points de cicatrices au lieu d'une ligne un peu plus étendue; c'est une méthode lente, permettant mal les injections modificatrices ou les cautérisations. Le pus se vide incomplètement, par ces piqûres insuffisantes obstruées d'ailleurs par un fil; on est de plus exposé à la mortification progressive de l'espace cutané qui sépare les deux piqûres et la cicatrice devient plus laide que celle de l'incision franche.

Le thermo-cautère, qui n'a pas ici d'avantages, laisse

également une cicatrice plus étendue que le bistouri.

Si l'ablation est refusée par les parents, on aura recours aux injections iodoformées, aux cautérisations de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, etc.

Il arrive souvent qu'à côté de ganglions isolables suppurés dont l'ablation est indiquée se trouvent des ganglions hypertrophiés mais non suppurés. Si leur ablation est facile on peut profiter de la même incision pour les enlever du même coup et à ce propos il est bon de faire remarquer qu'on peut souvent, par une ouverture minime, faire sortir grâce à leur énucléation facile des ganglions assez profonds et assez éloignés de l'incision; mais si l'ablation de ces ganglions simplement hypertrophiés doit compliquer beaucoup l'intervention on peut se contenter d'enlever les ganglions suppurés, laissant les autres en place et confiant au temps, au traitement marin et à l'hygiène appropriée le soin de les faire disparaître. Cette conduite nous a souvent réussi.

Pour résumer la conduite que nous tenons en cas d'adénopathies cervicales tuberculeuses facilement isolables nous dirons :

1° Attendre avant d'opérer que le traitement général soit constaté insuffisant;

2° Enlever sans hésitation les adénopathies suppurées et toutes celles qu'on pourra atteindre par la même incision;

3° Traiter par les injections iodoformées les adénopathies non suppurées; mais si celles-ci ne produisent pas de résultat les enlever également aussi radicalement que possible;

4° Continuer le plus longtemps que faire se peut le traitement général.

II. Quand les adénopathies tuberculeuses fondues ensemble par la périadénite forment ces masses ganglionnaires volumineuses que nous avons signalées, la conduite à tenir devient plus hésitante. Voici notre manière de faire personnelle.

Si les masses ganglionnaires volumineuses du cou ne sont pas suppurées, attendre très longtemps, c'est-à-dire plusieurs années, l'influence du traitement général surtout chez les enfants. On assiste chez ces derniers à des régressions très lentes mais progressives et contre toute espérance; chez les adultes, c'est-à-dire après 17 ou 18 ans, on ne peut guère avoir dans le traitement général la même confiance.

C'esi ici le cas de faire intervenir les injections modificatrices de toutes sortes et de s'abstenir à moins que l'on ne soit sollicité, ce qui est assez fréquent, d'intervenir pour faire disparaître une difformité aussi disgracieuse. On peut dans ces cas intervenir en faisant des réserves au point de vue du danger qui est réel et de l'utilité de l'opération. Il est bon de prévenir le malade ou son entourage qu'on fera son possible pour tout enlever, mais que des ganglions, échappés à l'énucléation à cause de leur petit volume, peuvent à leur tour s'hypertrophier et former une tumeur presque aussi volumineuse que la première. Ces réserves faites, on aura souvent un très bon résultat quand l'opération sera suivie d'un traitement post-opératoire prolongé.

Dans les masses ganglionnaires suppurées qui finissent par altérer profondément l'économie et consti-

tuent une des plus répugnantes maladies qui existent. nous serions plus audacieux et nous les enlevons volontiers dans la limite des difficultés chirurgicales que présente une semblable opération. Mais il y a là une question de tempérament chirurgical et quand on se décide à cette intervention désagréable, tout le monde doit être bien prévenu du danger qu'elle peut entraîner.

L'opération est-elle jugée impossible ou est-elle refusée, le rôle du chirurgien n'est pas fini : c'est alors qu'il doit intervenir en ouvrant et en modifiant avec le thermo-cautère les parties fluctuantes de la masse ganglionnaire, en les curant avec la curette de Volkmann, en y faisant des injections modificatrices. La curette peut dans ces cas rendre de véritables services; elle permet non seulement de nettoyer la coque ganglionnaire, mais encore de faire une véritable énucléation intra-capsulaire sans danger. Poncet[1] (de Lyon) a même conseillé d'en faire un véritable instrument d'exérèse. Il fait une longue incision superficielle et les premiers ganglions qui se présentent sont décortiqués avec les doigts, la spatule et le manche du bistouri. Arrivé dans les régions dangereuses, le bistouri pique seulement de la pointe les ganglions; par cette ouverture on glisse une curette et on fait au moyen d'une énucléation sous-capsulaire une destruction complète.

Il y a quelquefois lieu de faire des contre-ouvertures du phlegmon periadénique, d'y passer des drains, de faire des lavages abondants, de transformer en un mot

1. *Lyon médical*, 1889, p. 55.

les cavernes tuberculeuses en plaie nette et facile. Sous l'influence de ce traitement palliatif on peut voir la masse ganglionnaire cesser de suppurer, diminuer même de volume, les fistules se cicatriser, les anfractuosités se combler et bourgeonner franchement.

L'état général s'améliore et le ganglionnaire jeune peut arriver à une guérison durable quand on a laissé en place une partie des ganglions suppurés, on est autorisé à laver la plaie avec une solution phéniquée forte ou même avec la solution de chlorure de zinc au 1/10. Pour se servir de cette dernière, il faut cependant ne pas être au contact des gros vaisseaux dont les parois pourraient être altérées par le caustique. Le chlorure de zinc a encore cet inconvénient de provoquer des douleurs vives plusieurs heures après la fin de l'opération.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

L'exérèse des adénopathies tuberculeuses du cou ne doit pas être entreprise sans une connaissance approfondie de l'anatomie du cou. On est toujours entraîné plus profondément qu'on ne croyait au premier abord et l'on ne s'aventure pas sans quelque danger dans une région qui réunit, en un espace si restreint, des vaisseaux dont la blessure peut devenir mortelle entre des mains peu exercées.

On ne peut donner des règles bien précises à une opération dont les indications varient suivant le volume de la tumeur, ses adhérences profondes, etc.

1° *Incision.* — S'il s'agit de ganglions multiples dis-

posés en chapelets, relativement superficiels, une seule ou plusieurs petites incisions séparées, obliques de haut en bas et d'arrière en avant, parallèles en un mot au sterno-mastoïdien et situées le long des bords antérieurs ou postérieurs de ce muscle permettent l'extirpation.

Quand les ganglions sont mobiles, on réussit bien en les saisissant entre les doigts, de façon à tendre la peau et à les faire saillir entre les lèvres béantes de la plaie.

Une fois la capsule incisée, la glande s'énuclée pour ainsi dire, — on la saisit alors avec une pince de Museux; mais, avant de la détacher, il importe de jeter un fil ou une pince sur le pédicule vasculaire.

Sans cette précaution on aurait peut-être grand'-peine à retrouver les vaisseaux rétractés sous l'aponévrose.

On peut souvent par une ouverture unique et relativement petite enlever un assez grand nombre de ganglions voisins de l'incision.

Quand au lieu de ganglions mobiles, peu volumineux et disposés en chapelets, il existe une masse ganglionnaire, cette incision ou ces incisions multiples ne suffiront plus; il la faudra longue, dépassant en haut et en bas la tumeur, de façon à pouvoir écarter latéralement, au moyen des fourchettes de Volkmann, les lèvres de la plaie, de façon surtout à pouvoir lier au fur et à mesure les vaisseaux afférents et efférents, de façon enfin à remédier rapidement à la blessure d'un gros vaisseau si elle se produisait. On sera souvent amené à faire la ligature en haut et en bas de la jugulaire externe ou de la jugulaire anté-

rieure qui se présente au-devant de la tumeur et qui gênerait le chirurgien tout le temps de l'opération.

La peau est-elle malade, ulcérée, fistuleuse ou simplement enflammée au-devant de la tumeur, l'incision de Langenbeck, elliptique, avec excision du lambeau malade, est indiquée. Cette peau tuberculeuse en effet n'est pas bonne à conserver, elle est impropre d'ailleurs à donner une bonne réunion consécutive et du même coup on se crée ainsi une voie large et facile.

Les limites de cette ellipse doivent être cependant calculées de telle sorte que la réunion ne soit pas rendue difficile et que la suture ne soit pas tiraillée.

Dans des cas exceptionnels enfin on pourrait avoir recours au lambeau à base supérieure (Langenbeck) ou à l'incision cruciale (Dieffenbach) malgré leur inconvénient au moment de la réunion.

2° *Séparation de la tumeur dans la profondeur.* — Dans les grosses masses ganglionnaires, une fois l'incision faite et les lèvres de la plaie écartées, le temps d'isolement commence et l'attention du chirurgien doit redoubler.

Le bistouri à ce moment est laissé de côté; les ongles et les ciseaux courbes entrent en jeu.

Les parties qui ne cèdent pas sous le doigt contiennent presque toujours des vaisseaux et, avant de les sectionner, on devra placer deux pinces et ne couper qu'entre deux ligatures. Une remarque à ce sujet: ce serait se faire illusion que de croire qu'en pareil cas les veines se distinguent toujours et se présentent gorgées de sang noir comme dans une dissection. Sous l'influence des tractions et de la compression

même de la tumeur, elles se dissimulent et mettent le chirurgien, qui n'a pas procédé méthodiquement, en danger d'hémorrhagie ou même d'introduction d'air dans les veines.

Au cours de l'opération on sera exposé à faire une section du sterno-mastoïdien quand, malgré la position donnée à la tête pour le mettre en état de relâchement, il s'oppose à l'exérèse de la tumeur ou quand il lui adhère fortement.

Les ganglions beaucoup moins nombreux des régions sous-maxillaires ou sus-hyoïdiennes forment rarement des masses volumineuses comme à la région carotidienne. Leur ablation sera relativement facile; il faut s'appliquer à dissimuler l'incision sous le rebord de la mâchoire et on y arrive généralement bien.

L'ablation des ganglions parotidiens expose aux dangers si connus des dissections dans cette région. Sans parler de la carotide encore profonde, signalons le nerf facial et le canal de Sténon, dont la section est très regrettable; avec un peu d'habileté on arrivera à les éviter.

L'hémostase doit être parfaite avant de refermer la plaie.

Si l'on a un doute sur son asepsie ou sur la nature des tissus, on peut faire un lavage au sublimé ou même au chlorure de zinc avec les restrictions que nous faisions tout à l'heure.

Nous avons vu Kœnig, alors que nous suivions son service à Göttingen, faire à la surface de la plaie des frottages à l'iodoforme pour détruire les derniers vestiges tuberculeux.

Quelques chirurgiens ont conseillé, bien à tort, de ne jamais tenter de réunion après l'ablation des adénopathies tuberculeuses, sous le prétexte que la suppuration entraînerait ce qui pouvait rester de tissu tuberculeux oublié.

Cette conduite n'est justifiable que dans les opérations très incomplètes dans lesquelles le chirurgien a laissé au fond de la plaie des parties de ganglions tuberculeux ou surtout des coques ganglionnaires suppurées.

Mais dans l'ablation des adénopathies isolables, dans l'ablation même des masses ganglionnaires menées à bonne fin on doit avoir une réunion *per primam.* Tout au plus doit-on laisser à la partie la plus déclive de l'incision un petit drain ou mieux quelques crins de Florence qui seront une soupape de sûreté en cas de suppuration ou d'écoulement séro-sanguin.

Ces opérations sur les ganglions doivent être conduites avec la plus grande asepsie, car il faut éviter à toute force la suppuration et la fièvre qui en résulte. La fièvre constitue dans ce cas un véritable danger de généralisation. L'opération, même incomplète mais faite aseptiquement, sera tout profit pour l'opéré qu'elle aura débarrassé d'une partie du foyer d'infection sans avoir aggravé les lésions qui restent. L'infection mixte des ganglions laissés forcément en place les conduirait à la suppuration, et la situation loin d'être améliorée en serait aggravée. La bénignité des suites immédiates de ces opérations constatée par tous les modernes n'est due qu'aux conditions nouvelles créées par l'asepsie.

La nature du pansement variera suivant les habi-

tudes de chacun. Pour notre compte, nous préférons une compresse stérilisée à l'étuve ou même bouillie au salol ou à l'iodoforme dont la stérilisation nous a toujours paru suspecte. Une couche épaisse de coton hydrophile et une bande de tarlatane compléteront l'appareil. Il est excellent, surtout chez les enfants qui n'ont pas la raison de conserver l'immobilité voulue en bonne position, de fixer la tête par tel moyen de contention qu'on jugera le plus convenable.

On obtiendra la plupart du temps une cicatrice linéaire peu visible et facile à dissimuler, mais nous avons vu plusieurs fois la cicatrice devenir chéloïdienne. Cet accident n'est point particulier, bien entendu, à l'incision chirurgicale, il est exceptionnel dans ce cas, commun au contraire dans la guérison spontanée d'une fistule ganglionnaire.

La compression, quand elle est possible, guérit bien cette difformité de la cicatrice. Dans les régions où l'absence de plan dur sous-jacent la rend impraticable, la scarification suivant la méthode de Vidal devrait être essayée. Elle serait faite avec un instrument spécial à pointe triangulaire et se composerait de hachures parallèles d'abord, obliques ensuite, espacées d'un millimètre à la première séance, plus rapprochées aux séances suivantes. La région sera ensuite recouverte d'une emplâtre de Vigo.

Les injections de cocaïne pourront être employées pour l'anesthésie. Mais l'éther ou le chlorure d'éthyle qui durcissent la peau et ne permettent pas de bien distinguer les parties saines des parties malades devront être rejetés (Brocq).

Nous nous sommes très bien trouvé de l'ignipunc-

ture au thermo-cautère avec une pointe très fine.

Les cicatrices gaufrées, irrégulières, pigmentées qui succèdent à la guérison spontanée ou au curettage de l'adénopathie suppurée sont tellement désagréables que le chirurgien sera parfois obligé de les régulariser ou de les enlever par une incision elliptique suivie d'une réunion très exacte, sans drainage, faite avec des aiguilles et des crins de Florence très fins.

Nous avons pratiqué une dizaine de fois ces opérations avec les meilleurs résultats esthétiques; Calot (de Berck) s'en félicite également (*Revue de chirurgie*).

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES SUPPURÉES PRÉVERTÉBRALES

Leur ouverture s'impose aussitôt que la fluctuation y est reconnue.

L'incision sera faite au moyen d'un long bistouri enchemisé jusqu'auprès de la pointe, le plus près possible de la ligne médiane, l'index conduira le bistouri jusque sur la saillie fluctuante; l'incision doit être d'au moins un centimètre pour permettre un écoulement facile du pus. Il faut éviter d'après Kœnig la position couchée au moment de l'incision, parce qu'elle favorise l'écoulement du pus et du sang dans la trachée; il conseille plutôt la position de Rose, consistant à placer le malade la tête pendante. Dans ces conditions il est impossible que le pus s'écoule dans le larynx, s'il y avait des doutes sur la présence du pus, on pourrait faire précéder l'incision d'une ponction exploratrice avec exploration.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DE L'AISSELLE

Les adénopathies tuberculeuses axillaires ne sont pas toujours, mais sont assez souvent le résultat de la tuberculose pulmonaire ; elles ne sont que secondaires à une lésion viscérale. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'intervention chirurgicale en général chez les tuberculeux, nous ne nous occupons en ce moment que des indications chirurgicales dans les tuberculoses de l'aisselle.

Posons d'abord en principe que l'ablation de masses ganglionnaires à l'aisselle est moins difficile et moins grave qu'à la région cervicale et que les suites en sont généralement très bénignes. On trouve assez facilement dans la littérature médicale des cas de mort après l'ablation de masses ganglionnaires cervicales, je n'en ai pas trouvé pour les adénopathies axillaires. M. Després signale une sorte d'éléphantiasis consécutive de la mamelle, provoquée par l'oblitération des vaisseaux lymphatiques de cette glande, mais la malade avait bien guéri ; l'œdème du bras, les accidents locaux qui peuvent exister sont sans gravité.

On hésitera donc moins ici à se lancer dans une opération radicale. Avant de soumettre le malade à une intervention de cette nature, il faut, bien entendu, se rendre compte par l'auscultation de l'état pleuro-pulmonaire.

Si les lésions viscérales dominent la scène, si le malade est destiné à succomber rapidement de ce chef, on s'abstiendra ou on ne fera que le strict né-

cessaire : incision d'abcès, lavages aseptiques, pansements iodoformés, etc.

Quand les lésions pulmonaires sont peu avancées, l'ablation sera d'autant plus indiquée que les ganglions suppurent. Nous avons toujours vu les pneumo-phymiques améliorés par la suppression de leurs ganglions suppurés et la même remarque a été bien souvent faite. Les ganglions non suppurés pourront être traités par les injections d'éther iodoformé, mais il est vraiment plus rationnel et plus expéditif de les enlever.

Il y a cependant là toujours une question d'appréciation très difficile et qui sera tranchée d'une façon très variable par les uns et par les autres.

Manuel opératoire. — Les ganglions axillaires mobiles s'enlèvent vraiment avec une grande facilité; mais quand ils sont devenus caséeux, ils contractent avec les vaisseaux et notamment avec la veine axillaire des adhérences qui demandent certaines précautions.

L'incision doit être faite, sauf des cas spéciaux, un peu en arrière du rebord du grand pectoral et se prolonger jusqu'à la racine du bras.

C'est ici, ou jamais, le cas de se rappeler qu'une grande incision ne saurait jamais nuire; on aura ensuite quelques points de plus de suture à faire, mais on aura évité bien des difficultés et bien des complications.

L'aponévrose est incisée et avant toute tentative d'extraction la dissection de la peau et de l'aponévrose doit conduire jusqu'à voir le bord du grand dorsal. C'est alors seulement qu'on doit chercher à

mobiliser le paquet ganglionnaire. Voici comment on doit procéder: une pince de Museux fixe la masse ganglionnaire, elle est confiée à un aide qui doit la porter tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant que les doigts du chirurgien se portent en avant ou en arrière. Il est bon de commencer par en bas, cherchant à détacher les ganglions d'avec la paroi thoracique, reconnaissant au passage la thoracique longue qui se jette dans la veine axillaire et qui sera un point de repère précieux pour ménager cette dernière.

Au fur et à mesure qu'on approche de la profondeur, l'aide, qui tenait d'abord le bras dans l'extension, doit peu à peu l'abaisser en même temps qu'il le porte en avant pour relâcher le grand pectoral. Nous ne voyons aucun inconvénient, si cela devient nécessaire ou seulement utile, à sectionner le bord externe du grand et du petit pectoral.

Les doigts seuls doivent entrer en jeu, quand on arrive au fond de l'aisselle. Sitôt qu'une bride suspecte apparaît, elle est sectionnée entre deux ligatures, surtout en avant, car les vaisseaux rétractés dans leur gaine celluleuse saignent ensuite sous les pectoraux où il est très difficile de les atteindre, si on a négligé cette précaution.

La veine axillaire doit être respectée et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on aura recours à sa ligature entre deux catguts.

Enfin la tumeur ganglionnaire disséquée de toutes parts ne tient plus que par un pédicule qu'il est souvent plus expéditif de lier d'un gros fil résorbable, pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

Le drain n'est mis que dans les circonstances spéciales que nous avons indiquées à propos des adénopathies cervicales.

L'immobilisation nécessaire est assurée en fixant le bras le long du thorax pendant quelques jours.

Cette position, pénible il est vrai pour le malade, assure beaucoup mieux la réunion de la peau avec les parties profondes.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DE L'AINE

Les adénopathies tuberculeuses de l'aine sont superficielles et, alors même qu'elles sont volumineuses, n'ont pas généralement de connexions intimes avec les deux gros vaisseaux sous-jacents. — Ces adhérences si elles existaient, s'attesteraient par l'immobilisation sur les parties profondes, l'œdème du membre ou l'affaiblissement des battements artériels fémoraux; on serait en garde par ces signes et on s'attendrait à des difficultés qui n'existent pas ordinairement.

Les auteurs sont d'accord pour considérer les adénopathies de l'aine comme d'ablation facile et comme excellents les résultats de cette intervention.

Thierry donne dans son livre une longue série de ces adénopathies tuberculeuses de l'aine recueillies à l'hôpital du Midi. — Il s'agit de ganglions dont la nature a été prouvée histologiquement et par inoculation. Dans ce cas, il est vrai, la tuberculose paraissait associée à des accidents de syphilis ou de blennorrhagie; mais toutes les interventions (grattage, extirpation avec ou sans résection de la peau), ont été remarquablement bénignes.

On aura rarement occasion de pratiquer l'ablation des gangliophymies de l'aine, car il est rare que leur volume devienne considérable ; mais il n'y aurait donc pas à hésiter à le faire, surtout si la masse ganglionnaire vient à suppurer.

Manuel opératoire. — L'incision cutanée sera verticale ou parallèle à l'arcade de Fallope suivant le siège du ganglion et le grand axe de la tumeur. — La tumeur sera décollée périphériquement avant d'arriver à la région profonde qui sera libérée la dernière avec de grandes précautions pour ne pas déchirer la gaine des vaisseaux ou même rompre la veine fémorale.

Kirmisson[1] dans un mémoire spécial a donné d'excellentes règles à suivre pour les cas où les tumeurs solides de l'aine adhèrent aux vaisseaux. — Ces règles s'appliquent plutôt aux tumeurs malignes dont l'ablation est beaucoup plus pressante et qui contractent plus vite des adhésions profondes.

Si l'on devait, à propos d'adénopathies tuberculeuses de l'aine, être amené à la ligature des vaisseaux, mieux vaudrait s'abstenir, attendre le traitement général prolongé ou recourir aux injections modificatrices.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES PELVIENNES

Terrier a publié à la Société de chirurgie, en 1889, une observation d'adénites pelviennes tuberculeuses suppurées, situées en arrière et à gauche du rectum, chez une jeune femme de 21 ans. Les symptômes étaient ceux d'une salpyngite et c'est avec ce diagno-

1. *Revue de chirurgie*, 1886.

stic que fut faite la laparotomie ; la lame péritonéale postérieure fut incisée et la tumeur ganglionnaire put être extraite. A la fin de l'énucléation une poche purulente creva entre les doigts ; cet accident nécessita un drainage. Malgré cela et malgré une petite fistule stercorale consécutive, la malade guérit parfaitement. Cette observation est intéressante parce qu'elle montre bien toutes les difficultés diagnostiques de ces adénopathies iliaques. Elle montre également la possibilité d'une intervention dans le cas où elle s'imposerait.

Dans la même séance Lucas-Championnière cite un cas analogue où il pensa à la salpyngite et que la laparotomie révéla une masse ganglionnaire. L'ablation ne fut pas faite à cause des désordres qu'il aurait fallu produire ; les adhérences furent seulement détruites. Malgré cette opération incomplète, les résultats furent excellents et la tumeur disparut peu à peu.

Dans un autre cas, Lucas-Championnière a pu décoller le péritoine et enlever par fragments un ganglion iliaque.

Pozzi dans un cas semblable d'hypertrophie des ganglions pelviens simulant une inflammation des annexes est allé à leur recherche par une incision analogue à celle de l'iliaque externe en décollant le péritoine, opération qu'il a appelée laparotomie sous-péritonéale.

On n'aura point généralement occasion d'intervenir de *parti pris* dans ces adénopathies iliaques suppurées ; la suppuration dont elles sont atteintes se fera jour spontanément soit au-dessus, soit au-dessous de l'arcade de Fallope, sans l'intervention du chirurgien ou par une simple incision évacuatrice suivie de lavages. Très souvent l'origine vraie de cet abcès froid

sera méconnue et on croira avoir eu affaire à un abcès osseux.

Les autres adénopathies tuberculeuses : *poplitées*, *épitrochléennes*, etc., ne prêtent à aucune considération particulière au point de vue du traitement.

Avant de clore ce chapitre de l'intervention active du chirurgien nous devons nous poser un certain nombre de questions qui sont du plus grand intérêt.

1° *Quelles sont les suites immédiates et éloignées de ces interventions ?*

Nous venons de voir que d'une façon générale, les suites immédiates sont bonnes et la guérison opératoire est la règle. Les résultats se rapprochent d'une façon sensible de ceux que donne l'ablation des tumeurs bénignes, kystes, lipomes. Ce n'est que dans les cas de masses adhérentes, très volumineuses où mieux aurait valu s'abstenir, qu'il est survenu des accidents. Nous avons, quant à nous, tant à Pen-Bron qu'ailleurs, pratiqué 85 opérations sur les ganglions sans accidents et sans morts. Les résultats éloignés qu'il serait si important de connaître sont très difficiles à préciser parce que la plupart du temps on ne revoit plus les malades. Il est positif qu'on assiste très souvent à des récidives mais ces récidives sont fréquentes surtout quand le traitement général n'intervient pas comme modificateur de l'état général ; dans notre pensée l'intervention chirurgicale n'est point le facteur le plus important de la guérison radicale; cette dernière ne sera obtenue qu'en sortant absolument le malade des conditions de vie où il a

succombé à l'envahissement tuberculeux. Opérer un enfant et le laisser en proie à sa misère physiologique préalable est une œuvre irraisonnée, presque absurde. L'opération aide l'économie à se relever et vient puissamment à son secours, détruisant en quelques minutes des foyers bacillaires qu'elle aurait mis bien longtemps à neutraliser, mais l'opération ne fait rien de plus. La manifestation dite locale que vous avez enlevée plus ou moins complètement n'est point isolée, il existe ailleurs et peut-être tout près, d'autres foyers ignorés qui se révéleront à un moment donné si le malade n'est pas en état de continuelle résistance.

Il y a donc des récidives et bien souvent on est obligé d'opérer plusieurs fois le même malade, mais il y a aussi des guérisons définitives bien constatées durant depuis 10, 15, 20 ans; il n'y a pas de médecin qui n'en connaisse plusieurs cas.

D'après Thierry le traitement par les injections iodoformées, beaucoup moins brillant au début que l'opération, retrouverait dans les suites éloignées une supériorité évidente.

Il n'y a là qu'un trompe-l'œil; les malades que l'on a traités par les injections iodoformées avaient-ils bien des manifestations ganglionnaires aussi graves, aussi pressantes? Cela n'est pas probable et j'estime que pour porter un jugement il faudrait faire intervenir un autre élément; la plupart du temps, si le chirurgien a proposé une intervention sanglante et si la famille l'a acceptée, c'est qu'on avait affaire à des adénopathies plus sérieuses, plus menaçantes ou plus anciennes.

Peut-on espérer, en enlevant les adénopathies tuberculeuses, préserver le reste de l'organisme?

L'opinion générale des chirurgiens est aujourd'hui bien différente de celle qu'exprimait Bazin[1] en 1861 :

La chirurgie est appelée fort souvent à intervenir dans la cure des écrouelles; son intervention est utile et approuvée de tous quand il s'agit d'ouvrir avec le bistouri ou la lancette les écrouelles suppurées, les abcès scrofuleux; d'ébarber, d'exciser les lambeaux de peau complètement décollés et de prévenir par là des cicatrices difformes; de faire sauter des ponts ou des languettes de peau qui séparent les orifices fistuleux, de cautériser des bubons exubérants. — En est-il de même quand le chirurgien attaque des écrouelles ganglionnaires à l'état de crudité par la ponction répétée, l'excision ou l'extirpation de ces tumeurs? Je ne puis que blâmer cette chirurgie aveugle; extirper une glande infiltrée de tubercules, ce n'est pas guérir la scrofule. Le tubercule se dépose dans les glandes du voisinage et l'on ne peut avoir la prétention d'extirper tout le système lymphatique. — De même, quand on coupe une jambe pour une tumeur blanche tibio-tarsienne, le mal se reproduit dans celle du genou.

Théoriquement, Bazin a raison et la tuberculose paraît, d'après des expériences récentes, se disséminer dans tout l'organisme avec une grande rapidité. Jeannel[2] a fait sur des lapins une suite d'expériences qu'il a communiquées au Congrès de la tuberculose et dont il tire des conclusions qui ne se justifient pas cliniquement.

1 Bazin, *Leçons sur la scrofule.*
2. *Congrès de la tuberculose*, 1889.

Si je ne me trompe, dit-il, la plupart des chirurgiens considéraient la tuberculose comme une maladie qui, d'abord locale, c'est-à-dire cantonnée dans un organe, finissait par se généraliser, c'est-à-dire par envahir l'organisme entier.

On en concluait qu'une action thérapeutique et chirurgicale suffisamment précoce, c'est-à-dire entreprise avant toute généralisation et suffisamment étendue, c'est-à-dire supprimant la totalité des lésions tuberculeuses de l'organe ou la totalité de l'organe tuberculeux, devait être de nature à guérir la tuberculose. Et pour expliquer les échecs, c'est-à-dire les généralisations, après les opérations les plus larges et les mieux conduites, on invoquait soit une tuberculose locale d'autres organes antérieure à l'inoculation, soit une auto-inoculation au cours de l'acte opératoire. On partait en un mot de ce principe que les localisations organiques de la tuberculose précédaient la généralisation.

Or, *autant qu'il est permis de conclure de la tuberculose du lapin à la tuberculose de l'homme*, il n'existe en réalité, en fait de tuberculose locale, que la lésion développée au point d'inoculation; mais au bout d'un temps très court, peu d'heures ou peu de jours après l'inoculation, et bien avant le moment où se développe la tuberculose viscérale, l'infection générale est accomplie puisque le sang est virulent... C'est-à-dire que la suppression chirurgicale d'une de ces localisations ne saurait avoir pour conséquence la guérison de la maladie.

Répétant les mêmes expériences sur des cobayes, Arloing[1] arrive à une conclusion identique. — Tous les cobayes dont il a enlevé les ganglions, infectés tout d'abord après l'inoculation, sont morts néanmoins de tuberculose et il conclut :

L'extirpation des ganglions sur l'homme ne sera donc jamais qu'un moyen palliatif. Nous n'apprenons rien aux

1. *Congrès de la tuberculose*, 1889.

chirurgiens, puisque quelques-uns d'entre eux, et des plus éminents, ont même ajouté que ce moyen était un palliatif dangereux.

Remarquons tout d'abord que les chirurgiens qui rejettent l'opération ne sont que le très petit nombre; tout le monde au contraire l'accepte et l'a vue suivie de guérison définitive.

Les cas ne se comptent plus qui affirment la guérison possible et radicale des écrouelles tuberculeuses malgré la généralisation des bacilles dans le sang de toute l'économie, guérisons spontanées ou guérisons chirurgicalement acquises.

Le sang est peut-être virulent chez l'homme comme chez les lapins dès les premières heures qui suivent l'injection bacillaire; mais contre cette virulence du sang, contre cette généralisation bacillaire, la nature paraît avoir des moyens encore mal connus qui restent insuffisants, quand il s'agit de se débarrasser de foyers où pullulent et se multiplient les bacilles, au milieu de tissus dont la vitalité est affaiblie par leur présence même.

En enlevant des adénopathies tuberculeuses « on ne guérit pas la scrofule », on ne détruit même pas tous les bacilles qui ont déjà envahi l'économie; mais c'est déjà beaucoup faire que de supprimer les foyers où s'élabore le bacille. Les ganglions ne sont pas que des organes d'arrêt, ils sont aussi des milieux de culture. Comme organes d'arrêt, ils sont peut-être insuffisants, mais comme milieux de culture ils constituent pour l'économie un danger permanent.

Tcherning[1] (de Copenhague) a rapporté une observation assez intéressante à plusieurs points de vue. Une jeune servante bien portante, et qui jusque-là n'avait pas offert le moindre signe de tuberculose, se coupe avec le crachoir qui servait à son maître, tuberculeux avéré. Elle contracte une tuberculose au doigt et consécutivement les ganglions du coude et de l'aisselle se prennent. On enlève le doigt et les ganglions. A l'examen bactériologique on y constate la présence des bacilles. La jeune malade guérit et, depuis de longues années, se porte bien.

En laissant en place ces ganglions tuberculeux, n'auraient-ils pas fini par infecter toute l'économie?

Il est bien prouvé d'ailleurs que chez certains individus résistants le bacille peut rester cantonné pendant des mois et même des années dans un ou plusieurs ganglions.

Ces mêmes ganglions, qu'on aurait pu enlever facilement, peuvent, sous des influences que nous avons dû étudier, produire une généralisation.

L'indication est encore bien plus pressante quand, loin de rester indolente et du même volume, l'adénopathie contamine de proche en proche les ganglions voisins, quand surtout se mettant à suppurer elle altère la santé générale et devient une menace imminente de généralisation.

A la question posée en tête de ce chapitre nous pouvons donc répondre :

1° Cliniquement, dans beaucoup de cas, l'ablation précoce et radicale de ganglions tuberculeux peut préserver le reste de l'organisme.

1. Hospitals Tidend. Copenhague, 1884.

2° Dans les cas mêmes où le reste de l'organisme serait déjà infecté lors de l'ablation il le met dans de meilleures conditions de résistance en le débarrassant d'un foyer qui renouvelle incessamment l'infection.

Faut-il opérer les adénopathies alors qu'il existe des lésions viscérales, pulmonaires par exemple, ou d'autres tuberculoses locales?

M. Verneuil a signalé à la Société de chirurgie, en 1883, de nombreux cas où l'intervention sur une tuberculose locale a amené des poussées formidables du côté des lésions pulmonaires préexistantes; mais on a certainement exagéré sa pensée en lui faisant dire qu'il proscrivait nettement les interventions chirurgicales chez les tuberculeux viscéraux. Charles Nélaton dans sa thèse d'agrégation nous semble exprimer plus justement sa manière de voir :

Lorsqu'on pratique une opération chez un phtisique, on saura qu'outre les complications auxquelles est exposé un opéré, quel qu'il soit, le phtisique a en outre à redouter tout particulièrement une complication spéciale, la généralisation dont l'éventualité ne doit pas plus nous lier les mains que la possibilité d'un érysipèle ou de l'infection purulente ne doit nous empêcher d'intervenir chez d'autres sujets.

Les opérations de tuberculoses locales avec la méthode antiseptique ne sont pas plus dangereuses pour les phtisiques que sur les autres malades.

Ce qui a pu faire croire à cette gravité exceptionnelle, c'était qu'avant l'antisepsie méticuleuse les opérations étaient suivies de fièvre, de suppurations

prolongées; nécessitaient un séjour prolongé au lit, etc. C'étaient les suites aujourd'hui disparues de l'opération, et non l'opération elle-même, qui aggravaient la situation.

La vérité pour nous est que dans la majorité des cas la suppression d'une adénite suppurée sera suivie d'une amélioration dans l'état pulmonaire et dans l'état général, au même titre qu'un phtisique bénéficie de la suppression des fistules à l'anus.

Nous nous associons complètement aux idées que Daniel Mollière a produites au congrès de chirurgie de 1889 :

L'intervention chirurgicale chez les tuberculeux est toujours indiquée quand il n'y a pas de tuberculose aiguë; cette intervention chirurgicale n'est pas plus dangereuse chez les tuberculeux que chez les autres, mais elle doit être aussi radicale que possible.

Nous pourrions citer des faits analogues à ceux qui faisaient dire à ce regretté chirurgien, qui en avait une certaine expérience puisqu'il avait dépouillé 3 000 observations personnelles de tuberculose locale :

Après des grattages ou mieux des ablations aussi radicales que possible des ganglions caséeux, j'ai vu d'anciens opérés dont les lésions pulmonaires s'étaient amendées et dont les cicatrices étaient restées fermes, souples et indolentes. J'en ai vu, six et même huit ans après l'acte opératoire, bénéficiant encore du traitement chirurgical.

Il est évident qu'il ne saurait y avoir grand intérêt à opérer un pneumophymique caverneux, destiné à succomber rapidement du fait de sa tuberculose pulmonaire ; mais à un phtisique, dont les lésions ne sont

pas trop avancées et dont l'état général reste bon, on peut rendre un véritable service en le débarrassant d'une suppuration ganglionnaire ; on s'attachera dans ces cas à réduire le traumatisme au minimum.

Trélat avait bien résumé la situation en disant : « On opérera toutes les fois que la lésion viscérale ne dominera point la scène pathologique. »

Nous croyons l'intervention bonne sur les ganglions axillaires comme sur les ganglions cervicaux.

Terminons par un conseil de M. Ollier qui s'applique à toutes les interventions pour tuberculose locale mais surtout à celles qu'on pratique pour les adénopathies :

Si le malade est en proie à un état fébrile qui ne s'explique pas par les lésions locales, s'il y a élévation persistante de la température que rien n'explique, il faut absolument s'abstenir, le malade est en pleine floraison tuberculeuse, une granule s'accomplit ou se prépare.

L'ablation d'adénopathies tuberculeuses par la méthode sanglante n'expose-t-elle point : 1° A des accidents d'auto-inoculation sur le lieu même de l'opération; 2° A la généralisation, granulie aiguë ou méningite ?

1° Nous avons déjà signalé, à propos du pronostic, la possibilité de l'inoculation de la peau par l'ouverture spontanée, restée fistuleuse, d'une adénopathie tuberculeuse. Le même fait a été observé après les ablations chirurgicales, alors qu'il n'y a pas eu réunion et qu'une fistule s'est établie pendant un temps variable ; il y aurait là, d'après Jeanselme, une des origines possibles du lupus tuberculeux vulgaire.

Des faits semblables incitent plutôt à détruire complètement un foyer tuberculeux avant qu'il n'ait infecté la peau; l'ablation des parties malades doit être complète et la plaie opératoire doit être, autant que possible, isolée du foyer opératoire pour éviter l'auto-inoculation.

Quant aux faits de récidives sur place dans des ganglions qui ne paraissaient pas atteints tout d'abord, n'y faut-il pas voir plutôt le résultat d'opérations forcément incomplètes qu'une auto-inoculation opératoire; des ganglions déjà infectés mais de très petit volume ont été oubliés et l'intervention n'a eu sur eux aucun résultat bon ou mauvais; la tuberculose ne récidive pas sur place, dans ce cas, elle continue à évoluer. Encore Daniel Mollière estimait-il avec beaucoup de chirurgiens que, même dans ces cas d'ablation incomplète, l'opération en produisant un tissu fibreux cicatriciel avait un résultat favorable et pouvait arriver à étouffer les ganglions restés en place, à la sclérose, par un mécanisme un peu analogue à celui qu'emploie la nature. Le fait est, à coup sûr, moins fréquent que pour les interventions sur les autres tuberculoses locales, résections, arthrectomies, grattage des os, où le chirurgien a presque toujours conscience qu'il laisse des éléments tuberculeux; cependant la cicatrice ou d'autres modifications vitales suffisent, dans beaucoup de ces cas, à détruire l'élément morbide, et la guérison définitive est obtenue.

2° La littérature médicale est remplie d'observations dans lesquelles, après une intervention chirurgicale pour une tuberculose locale, le malade a été enlevé par une granulie aiguë ou par la méningite.

L'ablation des ganglions tuberculeux n'est pas plus exempte que les autres de cette crainte de généralisation, mais il est bien difficile d'établir dans quelle proportion existe le danger. Pour se faire une idée exacte à ce sujet il faudrait tenir en partie double le compte des généralisations spontanées au cours d'une tuberculose ganglionnaire et celui des généralisations post-opératoires; encore resterait-il une inconnue: le nombre des généralisations qu'on a évitées par une intervention précoce.

Quelques chirurgiens ne considèrent les généralisations post-opératoires que comme des coïncidences. D'après certains faits on serait vraiment tenté de le croire; mais nous admettons volontiers qu'il y a plus qu'une coïncidence et une véritable relation de cause à effet. Metaxas et Verchère sont revenus, au Congrès de la tuberculose de 1887, sur cette question qui avait soulevé une vive et brillante discussion à la Société de chirurgie en 1883 et à laquelle avaient pris part MM. Verneuil, Trélat, Berger, Richelot, etc.: ils admettent la possibilité et la réalité de ces généralisations mais sur 55 observations examinées l'ablation des ganglions ne compte que pour 3, alors que les résections comptent pour 18, les grattages d'abcès ou de foyers fongueux pour 11, les amputations pour 6. Fischer[1] sur 92 opérations a eu 16 décès, 3 des suites de l'opération et 13 de tuberculose peu après l'opération.

Poulet, 1 mort sur 8 opérations.

Cazin, sur 80 opérations 2 morts, etc.

1. Fischer. Thèse de Krisch, *Beitrage fur Statistik der Operation der Lymphotomia colli.* Breslau, 1883.

Notre statistique de Pen-Bron, qui ne comporte encore que 45 interventions de toutes sortes pour gangliophymies : grattages, ablations, ne nous a donné aucune mort par généralisation ou autrement; deux de nos ganglionnaires sont morts de méningites, mais on ne s'était livré sur eux à aucune tentative opératoire; ils étaient en expectation.

C'est peut-être sous l'impression de cette série très heureuse que nous écrivons que le danger nous semble minime et ne doit point arrêter l'opérateur; mais il serait vraiment bien à désirer que tous les chirurgiens apportassent leur statistique détaillée, sans restriction, pour qu'on ne pût se faire une opinion erronée à ce sujet.

Les généralisations contre lesquelles Verneuil nous a mis en garde ne doivent donc pas nous arrêter, mais nous faire mettre toutes les chances de notre côté par le traitement général pré et post-opératoire.

Les injections préalables d'éther iodoformé dans les ganglions suppurés nous semblent recommandables malgré les expériences de Jeannel sur les lapins, qui lui faisaient formuler en 1887 cette conclusion : « Chez le lapin inoculé de la tuberculose, le traitement par l'éther iodoformé appliqué sous forme de traitement local précoce, de traitement local et de traitement général précoces et combinés, de traitement général précoce ou retardé, s'est jusqu'ici montré inefficace. »

Les cautérisations au chlorure de zinc (1 pour 8 ou 10) sur la plaie opératoire, qui sembleraient dans une certaine mesure mettre à l'abri de l'auto-inoculation, ont le double inconvénient d'être très doulou-

reuses longtemps après la fin de l'opération et de nuire à la réunion par première intention. De plus, il faut s'en défier au contact des gros vaisseaux, ce qui est le cas dans la plupart des ablations d'adénopathies.

Quant au mécanisme des généralisations post-opératoires, nous sommes encore très peu renseignés sur ce sujet. Y a-t-il, comme le pense de Kœnig, une véritable auto-inoculation, y a-t-il un coup de fouet sur des lésions préexistantes, mais indolentes jusque-là, par l'introduction de bactéries nouvelles? on discuterait longtemps à ce sujet. L'apparition de cette complication redoutable peut avoir lieu dès le soir même de l'opération avec une rapidité telle qu'elle fait penser à une coïncidence, mais, le plus souvent, les premiers symptômes ne sont observés qu'au bout de quelques jours.

Elle peut avoir lieu après une opération peu grave, peu importante, mais c'est le plus souvent après l'ablation de masses ganglionnaires volumineuses suppurées qu'elle survient. Souvent, dans ces cas, il existait concomitamment d'autres tuberculoses locales, ou bien l'opéré avait de la fièvre et un état général grave. Il faut donc être très réservé chez les ganglionnaires fébricitants et cachectiques, et attendre un état général meilleur avant d'opérer. « Mais, il ne faut point abuser de la crainte des inoculations par les operations chez les tuberculeux[1]. »

1. Cornil, *Société anatomique*, 27 mai 1887.

IV. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il a une importance énorme. On peut dire qu'il domine toute la thérapeutique des gangliophymies, et que, sans lui, toutes les interventions ne donneront que des résultats médiocres et momentanés. A lui seul, au contraire, il suffit souvent, surtout chez les sujets jeunes, et quand les lésions ne sont pas trop avancées, à donner des guérisons remarquables.

L'adénite tuberculeuse est souvent le premier signe sensible de l'envahissement par le bacille, elle est un avertissement formel qu'il y a péril en la demeure, et que si l'on ne vient pas au secours de l'économie défaillante, d'un moment à l'autre la généralisation peut se produire. Le traitement général ne doit donc jamais être négligé, et, dans la très grande majorité des cas, employé dès le début, le succès répondra à l'attente.

Les modifications qu'apportent les agents thérapeutiques sont bien peu de chose dans ce traitement général, et la substance microbicide de la tuberculose est encore à trouver.

M. Verneuil estime que la meilleure médication est encore l'iodoforme sous toutes ses formes :

1° Iodoforme en poudre comme pansement des fistules et des ulcérations tuberculeuses;

2° Injections d'éther iodoformées;

3° Iodoforme à l'intérieur, à la dose de 0,05 à 0,15 centigrammes, suivant l'âge.

L'usage en doit être continué indéfiniment pour prévenir les récidives.

Tous les deux jours, on doit examiner les urines, et, sitôt que l'iodoforme apparaît, l'usage doit en être suspendu.

Une opération ne doit être faite que quand le passage de l'iodoforme a été constaté.

Gosselin (de Caen) aurait ainsi rendu réfractaire à la tuberculose expérimentale un certain nombre de cobayes. Si, au bout d'un certain temps, on cesse l'iodoformation, la tuberculose ne tarde pas à éclater.

Les iodures et les chlorures ont été également beaucoup employés, et quelques résultats paraissent affirmatifs.

Jeannel recommande la formule suivante :

Eau	100 grammes
Bromure de sodium. . . .	10 —
Chlorure de sodium . . .	10 —
Iodure de sodium.	1 à 2 gr.

Une cuillerée à café tous les jours dans du lait.

Nous employons couramment, à Pen-Bron, la solution :

Iodure de potassium . . .	4 grammes
Iode.	1 —
Eau	250 —

Une cuillerée matin et soir, dans un vin alcoolique quelconque.

Le phosphate de chaux, le tannin, etc., jouissent d'une vieille réputation, qu'il serait peut-être bon de contrôler.

L'huile de foie de morue, dont l'action nous échappe, prise à haute dose, comme le conseillait Bazin, paraît un médicament utile; malheureusement, il n'est pas toujours facilement digéré et, surtout l'été, empêche

l'enfant de manger, et nous préférons beaucoup voir l'enfant se nourrir abondamment et jouir d'un bon appétit.

La grosse affaire est de modifier les conditions hygiéniques mauvaises dans lesquelles vivait l'enfant atteint d'adénopathies, et de le mettre dans un milieu favorable à sa guérison.

C'est à ce point de vue que les hôpitaux marins réalisent un très grand progrès.

L'heureuse influence de la mer pour combattre les scrofules était connue depuis bien longtemps, et dans les vieux auteurs elle est signalée maintes et maintes fois; mais le premier livre qui fut consacré aux effets de la talassothérapie date de 1750, il est de Russel[1], et eut un grand retentissement. Il eut pour résultat tardif (1791) la fondation du premier hôpital marin, l'hôpital de *Margate*, à l'entrée de la Tamise. Il est resté l'hôpital marin le plus important d'Angleterre, qui en compte cependant 5 ou 6 autres.

L'Italie n'entra dans cette voie que la seconde, par la fondation de Viareggio, qui date de 1841.

Elle compte aujourd'hui 26 de ces hôpitaux.

Le premier en date des hôpitaux marins de France fut fondé à Cette par Mlle Coraly Hinsh, devenue plus tard Mme Armengaud; il ne comptait que 24 lits (1842 à 1846).

L'hôpital de Berck ne compta tout d'abord que 100 lits et le nom du Dr Perrochaud reste attaché à sa fondation. Cet hôpital grandit peu à peu et constitua enfin le grand hôpital actuel.

1. Russel, *De labe glandulari, sive de usu aquæ marinæ in morbis glandularum*, Oxford, 1750.

Puis vinrent successivement les hôpitaux : Rothschild à Berck, Dolfus à Cannes, le sanatorium d'Arcachon, le sanatorium de Banyuls-sur-Mer, l'asile du Cap Breton, le sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, etc.

L'hôpital de Pen-Bron auquel nous sommes attachés depuis sa fondation date de 1887, il ne compte encore que 300 lits, mais il s'accroît tous les ans et devant lui s'ouvre le plus magnifique avenir.

Ces hôpitaux, malgré leur nombre (12), sont absolument insuffisants pour le nombre d'enfants qui pourraient y combattre leurs accidents de tuberculose locale.

La tuberculose ganglionnaire est la manifestation locale tuberculeuse qui est le plus vivement influencée par le climat marin, alors que d'autres manifestations théoriquement plus atténuées encore, comme le lupus, n'en tirent qu'un petit profit.

D'après la statistique générale de notre ami Ch. Leroux [1] auquel nous empruntons beaucoup, voici les résultats obtenus dans les hôpitaux marins pour les adénopathies tuberculeuses :

47,6 p. 100 de guérisons;

48,8 p. 100 d'améliorations;

7,4 p. 100 d'états stationnaires;

1,2 p. 100 de décès.

Ch. Leroux ne possédait qu'une partie de notre statistique quand il a publié son livre, la voici tout entière jusqu'à ce jour.

Il est entré à Pen-Bron :

245 enfants atteints d'adénites tuberculeuses sur

1. Ch. Leroux, *Les hôpitaux marins*, 1892. (Congrès de la tuberculose, 1891.)

1 130 enfants atteints d'autres manifestations. Ce nombre de 245 ne comprend que les enfants chez lesquels la manifestation ganglionnaire était prédominante et avait provoqué l'hospitalisation.

Nous avons jugé nécessaire d'intervenir chirurgicalement 45 fois :

Sur 7, par les injections d'éther iodoformées (répétées);

Sur 14, par le curage d'adénopathies suppurées;

Sur 21, par l'ablation aussi complète que possible;

Sur 3, par l'ouverture et la cautérisation au thermocautère.

Nous n'avons pas eu de morts.

Sur ce chiffre de 245 adénopathies ganglionnaires nous avons obtenu :

Guérisons, 112;

Améliorations, 121;

États stationnaires, 8;

Morts, 4.

Remarquons qu'une des morts est survenue chez un ganglionnaire atteint en même temps de mal de Pott et d'albuminurie. Elle ne doit point être portée au compte de la gangliophymie.

Nos 121 améliorations comprennent les enfants qui sont actuellement en traitement, au nombre de 15 et parmi lesquels il y aura certainement des guérisons complètes.

Cette statistique serait certainement beaucoup améliorée si les malades restaient plus longtemps à l'hôpital. Ils sont malheureusement réclamés trop tôt par leurs parents, ou par les communes qui les y ont

envoyés comme enfants assistés, bien avant leur guérison complète.

Vidal (d'Hyères) préfère au traitement prolongé le traitement intermittent; il a cru remarquer qu'au bout d'un temps variable, quelque mois généralement, les enfants cessaient de profiter de l'air marin et maigrissaient; il conseille alors de les renvoyer pour les reprendre ensuite. Ce traitement saccadé lui aurait donné de meilleurs résultats.

Nous ne pouvons être de cet avis. Il est évident que le poids de l'enfant ne peut indéfiniment s'accroître; il est évident de même que c'est surtout pendant les premiers mois que l'amélioration sera saisissante, mais nous nous déclarons partisan du séjour très prolongé.

La durée en sera variable suivant chaque individu, mais ce qui est très important, c'est de garder l'enfant quelque temps encore après la guérison confirmée. Il ne s'agit pas en effet seulement pour lui d'être guéri de sa manifestation tuberculeuse, mais encore de ne pas retomber sitôt qu'il sera rendu à sa famille.

Quand il s'agit d'un enfant riche nous ne voyons pas d'inconvénients à le renvoyer pendant les mois d'hiver chez ses parents où il trouvera confort, bonne nourriture, chambre vaste et ensoleillée; mais nos petits malades pauvres retombent dans une rue ou une cour humide ou dans le préau d'un hôpital de grande ville et, mal nourris, mal soignés, ils perdent en peu de temps tout le bénéfice de leur séjour à la mer.

L'enfant riche, par contre, a beaucoup moins à attendre du traitement général, et le fait d'avoir succombé à l'infection, alors qu'il était dans les meilleures con-

ditions hygiéniques, prouve son peu de résistance organique. On devra donc plus vite chez lui recourir à l'intervention chirurgicale soutenue par le traitement marin.

Le séjour prolongé à la mer peut éviter au ganglionnaire l'intervention chirurgicale; mais quand les lésions sont trop avancées ou tardent trop à guérir, on est obligé quand même d'y recourir.

Le traitement marin est alors merveilleux comme traitement post-opératoire; il préviendra les récidives et mettra l'économie en mesure de résister victorieusement désormais contre des manifestations nouvelles.

Il n'y a qu'une contre-indication à la thalassothérapie, mais elle est formelle, c'est la coexistence de la tuberculose pulmonaire. Le règlement de Pen-Bron s'oppose d'ailleurs à l'admission de ces malades. M. le Dr Kerguistel, médecin résident de Pen-Bron, qui exerce dans le pays, nous confirme la nécessité de cette mesure; les pneumophymies marchent très vite, selon lui, dans ce milieu marin. Ce qui est vrai pour Pen-Bron ne l'est peut-être pas autant pour certaines stations très abritées, comme Arcachon ou certaines plages de la Méditerranée.

Le véritable agent de la cure marine, c'est l'air marin; mais il ne faut pas négliger non plus les bains de mer qui activent les fonctions de la peau, excitent l'appétit et sont tout à fait indiqués chez les ganglionnaires, alors que les pottiques et les coxalgiques en seront privés. Les bains froids à la lame et pour les petits dans une anse abritée sont excellents; l'hiver, ils seront dans nos climats forcément remplacés par les bains de mer chauffés.

Cazin écrivait en 1885 dans son livre sur les hôpitaux marins :

Pour nous, nous préférerions, pour certains cas nécessitant la production d'une excitation vive, le traitement par les eaux mères des marais salants aux bains d'eaux mères de Salins, de Kreuznach, etc., à condition que ces marais soient dans un bon état d'entretien.

Ainsi nous serions heureux de voir créer une installation spéciale dans nos salines de l'Ouest[1].

Ce vœu est rempli par la fondation de Pen-Bron.

Pour nous, et notre opinion sera probablement partagée, nous avons bien plus confiance pour la guérison des adénopathies tuberculeuses dans l'air marin lui-même, dans le séjour prolongé au bord de l'Océan que dans les eaux chlorurées si puissamment minéralisées qu'elles soient; mais il y a dans les eaux mères une ressource qui n'est pas négligeable.

Les eaux mères de Pen-Bron se rapprochent beaucoup de celles de Salies-de-Béarn ou de Biarritz, elles ne le cèdent en rien aux eaux salines de Salins ou de Kreuznach.

Voici leur analyse (laboratoire du professeur Andouard de l'École de médecine de Nantes).

Groupement hypothétique.

Densité 1,229 à la température de 12°.
Un litre de ces eaux mères contient :

1. Cazin, *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants*, 1885, p. 88.

	Gr. c.
Chlorure de sodium.	266 30
— magnésium.	48 15
— calcium.	12 06
Sulfate de sodium.	25 11
— magnésium	27 43
— calcium	9 24
— potassium	8 50
Sels non dosés.	23 71
Total. . . .	420 50

Les eaux mères dont nous nous servons ne sont point recueillies dans le marais lui-même, dans l'*œillet*. Ces eaux sont impures, elles contiennent des poussières et des matières organiques.

Les eaux mères proviennent d'une autre source, des raffineries de sel. Deux usines de ce genre existent au Croisic, et chacune d'elles comprend deux exploitations bien distinctes.

Dans l'une se fait la préparation du gros sel, sel gris, sel de cuisine, que l'on trouve dans le commerce, en cristaux volumineux. Ce sel s'obtient par le lavage à froid, dans de l'eau de mer qui a été saturée artificiellement de chlorure de sodium. Cette eau traverse successivement plusieurs cuves, que l'on remplit en partie de sel vierge qui arrive directement du marais salant. Au moyen de pelles avec lesquelles on lui fait subir, en l'agitant, un lavage dans ces réservoirs, ce sel vierge est débarrassé des impuretés qu'il contient. Puis il est retiré des cuves et livré au commerce. Les eaux saturées qui ont servi à le laver, étant chargées de matières étrangères, sont jetées.

Ce n'est donc pas la préparation du sel gris ou gros sel, qui n'est en somme qu'un lavage à froid dans

l'eau de mer saturée, qui fournit les véritables eaux mères.

Dans l'autre est préparé le sel blanc, le sel fin ou sel raffiné, que l'on sert à table. Les eaux mères sont le résidu du traitement spécial que subit le sel gris pour passer à l'état de sel blanc.

Pour obtenir ce sel blanc, on prend de l'eau de mer dans laquelle on fait fondre jusqu'à saturation du sel gris lavé. Cette eau est filtrée dans des retailles de bonnes éponges et y abandonne les matières étrangères qu'elle contient encore ; puis elle est versée dans une large chaudière métallique, plate, carrée, de 6 à 8 mètres de côté et de $0^m,60$ à $0^m,80$ de profondeur, sous laquelle est disposé un fourneau. Alors on fait bouillir le contenu de la chaudière. Cette ébullition fait évaporer une grande partie de l'eau chauffée. Le chlorure de sodium dont elle est saturée, se trouvant en excès, se dépose au fond de la cuve, sous forme de sel blanc, qui est ratissé et mis en tas sur l'un des bords de la chaudière. C'est le sel raffiné, le sel pur, le sel blanc, ou sel fin, ou sel de table, qui se présente sous la forme de très petits cristaux.

Les eaux qui restent au fond de la cuve sont les eaux mères, résidu de l'opération. Elles sont légèrement filantes et de teinte jaunâtre. Ce sont ces eaux que nous employons à Pen-Bron pour le traitement de nos malades. Pures, elles sont légèrement caustiques. Leur composition exacte a été déterminée par l'analyse du professeur Andouard, que l'on trouve ci-dessus.

Ces eaux mères ne sont jamais employées pures, mais mélangées avec de l'eau de mer dans la propor-

tion de 10, 15, 20 litres pour un bain d'enfant avec doses progressives, car elles provoquent quelquefois sur la peau des scrofuleux des éruptions et même de légères excoriations qu'on doit éviter.

Sous l'influence du traitement marin, le scrofuleux perd son aspect blafard et bouffi; la peau brunit et prend un aspect normal; les excoriations de l'enveloppe cutanée, impétigo, eczéma, blépharites se guérissent, l'appétit renaît. Les enfants retrouvent une activité et une vigueur qu'ils avaient perdues depuis longtemps; l'appétit renaît et l'on assiste à une transformation qui étonne les parents quand ils revoient leurs enfants au bout de quelques mois.

Le traitement marin donne donc, de l'avis général, de très beaux résultats chez les scrofuleux. Il y a bien quelques avis dissidents, mais les insuccès qu'a signalés Iscovesco ne prouvent qu'une chose, c'est que certains enfants sont envoyés trop tard pour pouvoir en profiter. C'est dès le début, à l'apparition des premières adénopathies, qu'il faudrait agir sans attendre des lésions qui ne pourront plus disparaître sans l'aide du chirurgien.

Les stations thermales qui ont été préconisées par quelques-uns ne paraissent pas donner des résultats analogues.

Biarritz cependant, qui joint de remarquables eaux mères au climat marin, est très recommandable.

Salies-de-Béarn a donné d'excellents résultats par ses seules eaux en l'absence du climat marin dans les adénopathies suppurées; un de nos amis, médecin très distingué, atteint d'adénopathies axillaires suppurées opérées jadis par Bouilly et récidivées, leur

doit la guérison durable dont il jouit depuis dix ans.

Dans un rapport tout récent les médecins[1] du sanatorium de cette station écrivent :

Salies-de-Béarn guérit complètement 83 p. 100 des enfants atteints d'affections scrofuleuses ou tuberculeuses des glandes lymphatiques, des yeux, du péritoine ou de la peau; il en améliore notablement 12 p. 100 qui tous guérissent en prolongeant le traitement.

Rochard[2], dans un travail déjà ancien, donne pour résultats :

A Barèges : 41 p. 100 d'insuccès; 38 p. 100 de guérisons; 20 p. 100 d'améliorations.

A Bourbonne-les-Bains : 11,5 p. 100 de guérisons; 58,5 p. 100 d'améliorations; 31 p. 100 d'insuccès.

La meilleure station thermale serait Bourbon-l'Archambault, qui donnerait 72 p. 100 de succès.

Au traitement marin il faut joindre une nourriture abondante et variée, l'exercice modéré n'allant pas jusqu'à la fatigue et surtout la vie au dehors. Les enfants doivent jouer toute la journée sur la plage et ne rentrer chez eux ou dans les dortoirs que pour manger ou se coucher.

1. PETIT et DE LOSTALOT, Rapport à l'Assistance publique de Paris, 1893.
2. ROCHARD, *Eaux minérales dans les affections chirurgicales*, 1884.

BIBLIOGRAPHIE

Arloing. *Académie des sciences*, 1886, t. CIII.

Aviragnet. *De la tuberculose chez les enfants* (Thèse de Paris, 1892).

Bazin. *Leçons sur la scrofule*, 1861.

Bourdelais. *Sur quelques observations de scrofule chez le vieillard* (Thèse de Paris, 1876).

Brissaud. *Dictionnaire encyclopédique*, t. VIII, 1re série, art. *Scrofule*.

Brun. *Contribution à la statistique de l'extirpation des ganglions tuberculeux* (*Wiener med. Blätter*, 1887, n° 24, p. 750).

Bulletins de la Société de chirurgie, années 1884, 1889, 1893 et *passim*.

Bulletins de la Société anatomique.

Castex. *Étude sur les adénites iliaques* (Thèse de Paris, 1881).

Chauvel. *Ablation des ganglions strumeux du cou* (*Bull. soc. chirurgie*, 1884, t. X, p. 160 et 187).

Colas. Thèse de Lille, 1881.

Cohnheim. *La tuberculose au point de vue de la doctrine de l'infection* (*Progrès médical*, 1882).

Congrès de la tuberculose, 1re et 2e sessions, Arloing, Leloir, Verneuil, Cornil, Babes, Chauveau, Hallopeau, Janselme, Lannelongue, Landouzy.

Congrès de chirurgie (Communications sur les tuberculoses locales, ann. 1889).

Cornil. *Des altérations anatomiques des ganglions lymphatiques* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1878, n° 3).

Cornil et Babes. *Les Bactéries*, t. II.

Cornil et Rauvier. *Manuel d'histologie*, t. II.

Delafield. *Tuberculose aiguë mortelle des ganglions lymphatiques* (in *New-York med. Record*, 1887, n° 16).

Deligny. *De l'adénopathie cervicale des scrofuleux* (Thèse de Paris, 1876).

Dobroklonski. *Arch. de méd. expérimentale*, n° 2, 1890 et *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.

Dodin. *Des adénites scrofuleuses et tuberculeuses* (Thèse de Paris, 1881).

Études sur la tuberculose, t. I et II.

Guersant. *Dictionnaire en* 30 *vol.,* 1844, t. XXVIII.

Grancher. *Congrès de Copenhague*, 1884.

Grancher. *Clinique professée à l'hôpital des Enfants malades* (*Union médicale*, 1890, p. 783).

Hervouët. *Des adénopathies similaires chez les enfants* (Thèse de Paris, 1877).

Hubbenet. *Vratch*, 1891, n° 22 et *Centralb. f. Bacter. und Paras.*, 10 février 1892, n° 5.

Jeannel (M.). *Encyclopédie de chirurgie*, t. V, art. *Adénites.*

Kœnig. *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, 1890. — *Tuberculose des os et des articulations*, 1885.

Le Dentu et Longuet. *Diction. de médec. pratique*, t. XXI, art. *Adénites srofuleuses et tub.*

Lejars. *Traité de chirurgie*, t. I.

Leloir. Clinique de la Faculté de Lille. *De la scrofule et de la tuberculose étudiées au point de vue dermatologique* (*Bulletin médical*, 1888).

Leroux (Ch.). *Hôpitaux marins*, 1892. — *Congrès de la tuberculose*, 1892, 220.

Lesage et Pascal. *Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge* (*Arch. de médecine*, mars 1893, p. 270 et *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1893).

Luton. *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, Paris, 1875.

Marfan. *Traité de médecine*, t. IV.

Martin (H.). *Rapports anatomiques et cliniques de la scrofule avec la tuberculose* (*Revue de médecine*, octobre 1884).

Mirinescu. *Polyadénite périphérique chez les tuberculeux* (Thèse de Paris, 1890).

Nélaton. *Adénile subaiguë simple à foyers purulents inlra-ganglionnaires* (*Sem. méd.*, p. 402, 1890).

Nélaton. *Tubercule dans les affeclions chirurgicales* (Thèse d'agrégation, 1883).

Neumann. *Traité des maladies de la peau,* Paris, 1880.

Orth. *Berlin. klin. Wochens.*, 1875.

Pascal. *Contribution à l'élude de la tuberculose du jeune âge* (Thèse de Paris, 1892).

Péchaud. *Variété clinique de l'adénite cervicale tuberculeuse* (Thèse de Paris, 1892).

Pizzini. *Zeitsch. f. klin. Med.* XXI, 3 et 4.

Ponfick. *Berliner klinische Vochenscrift,* n° 46, 1877.

Poulet. *Traitement de l'adénite cervicale luberculeuse des soldals,* 1884.

Quinquaud. *De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire* (Thèse d'agrégation, Paris, 1883).

Reclus. *Traitcment des abcès lubcrculeux par les injections d'élher iodoformé* (*Éludes sur la tuberculose*, t. I, p. 626).

Renouard. Thèse de Paris, 1884, n° 204.

Ricard. *Adénites pseudo-tuberculeuses* (Congrès de chirurgie, 1889, p. 674).

Riedel. *Die Geschwülsle am Hals Deulsche chir. Lief* XXXVI.

Rieder. *München. Med. Wochens.*, 1889.

Rindfleisch. *In Ziemssen* (*Handbuch der Pathologie*, B. XIII).

Robin (A.). *Tubcrculose aiguë des ganglions lymphaliques* (*Bull. soc. méd. des hôpilaux*, 1883).

Sanchez Toledo. *Rapporls de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la luberculose pleuro-pulmonaire,* 1887.

Sappey. *Analomie descriptive.*

Thaon. *Progrès médical,* 1878.

Thiéry. *De la tuberculose chirurgicale, suites immédiates et éloignées des intcrventions*, Paris, 1890.

Trélat. *Diagnostic et trailemenl des adénites tuberculeuses* (*Clinique chirurgicale*, Paris, 1891, t. I, p. 408).

Verchère. *Nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale,* Verchère, t. I, p. 317. (Études sur la tuberculose.)

Verchère. *Portes d'entrée de la tuberculose* (Thèse de Paris, 1884).

Verneuil. *Hypertrophie simple des ganglions* (*Gazette hebdomadaire,* 1853).

Weigert. *Die Verbreitung der tuberkel Giftes nach dessen eintrett in der Organismus* (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* t. XXI, 1884).

TABLE DES MATIÈRES

ÉTIOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SYMPTOMES

NATURE ET DIAGNOSTIC

PRONOSTIC

TRAITEMENT

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard. 19, rue des Saints-Pères. — 31491.

EN VENTE

à la Librairie RUEFF et Cie

106, *Boulevard Saint-Germain*, PARIS

EXTRAIT DU CATALOGUE GÉNÉRAL

Manuel de Médecine, publié sous la direction de MM. G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. Achard, médecin des hôpitaux de Paris. — Conditions de la publication : *Le Manuel de médecine* comprendra huit volumes, ainsi distribués :

I. Maladies de l'appareil respiratoire. — II. Maladies de l'appareil circulatoire et du sang. — III et IV. Maladies du système nerveux — V. Maladies du tube digestif et du péritoine. — VI. Maladies du foie et des reins. — VII et VIII. Maladies générales.

VOLUMES DÉJA PARUS :

PREMIER VOLUME

Maladies de l'appareil respiratoire, 1 vol., relié en peau pleine souple.. 10 »

DEUXIÈME VOLUME

Maladies de l'appareil circulatoire et du sang, 1 vol., relié en peau pleine souple.. 10 »

TROISIÈME VOLUME

Maladies du système nerveux, 1 vol., relié en peau pleine souple, avec 51 figures dans le texte, dont 23 en couleurs...... 16 »

QUATRIÈME VOLUME

Maladies du système nerveux (deuxième partie). 1 vol., relié en peau pleine souple, avec 11 figures dans le texte.... 16 »

CINQUIÈME VOLUME

Maladies du tube digestif et du péritoine, 1 vol., relié en peau pleine souple.. 16 »

Traité des maladies de l'estomac, par le Dr G.-M. Debove, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Andral, et le Dr A. Rémond (de Metz), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° raisin, reliure d'amateur, tête dorée........ 12 »

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par le Dr A. Mathieu. 1 vol. in-8° carré, reliure d'amateur, tête dorée.. 8 »

Traitement chirurgical des maladies de l'estomac, par le Dr Doyen, de Reims. — *Sous presse.*

Traité des maladies de l'enfance, par le Dr Jules Comby, médecin de l'hôpital Tenon. 1 vol. de 900 p., reliure d'amateur, peau pleine rouge, tête dorée.. 12 »

Formulaire. *Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants*, par le Dr Jules Comby, médecin de l'hôpital Tenon et des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique. 1 vol. in-16, reliure d'amateur maroquin écrasé, tête dorée.... 10 »

Consultations sur les maladies de l'enfance, par le Dr E. Périer. 1 vol. — *Sous presse.*

La syphilis dans l'allaitement. Hygiène et prophylaxie, par le Dr Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix de l'Hygiène de l'enfance, 1892). 1 vol. in-16, broché............ 2 50

Essai sur l'état mental des hystériques, par le Dr Henri Colin, ancien interne des asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, médecin adjoint des asiles d'aliénés de la Seine; préface de M. le professeur Charcot, avec 82 figures dans le texte et 8 planches ophtalmologiques hors texte. 1 vol. in-8°, br. 5 »

Études sur les maladies nerveuses, par le Dr Paul Blocq, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Clinique des maladies du système nerveux de la Faculté, lauréat de la Société médico-psychologique, de la Faculté, de l'Académie de médecine

Guide de l'amateur photographe, par M. A. GRANGER, ex-préparateur à la Faculté des sciences ... 4 »

Manuel théorique et pratique de bandages, par les Drs MARÉVÉRY, MORIN et RÉTAUD, professeurs à l'Union des Femmes de France, avec figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-16, broché ... 1 »

Étude sur la putréfaction, par le Dr FRÉDÉRIC BORDAS, préparateur au Laboratoire de toxicologie et de médecine légale, lauréat de l'Académie de médecine (prix Stanski), lauréat de la Faculté de médecine (prix Corvisart et prix Monthyon), avec figures intercalées dans le texte et 15 photogravures hors texte. 1 vol. in 8°, broché ... 6 »

Traitement de la syphilis, par le Dr ALFRED FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°, reliure d'amateur, peau pleine, tête dorée ... 15 »

Les affections parasyphilitiques, par le Dr ALFRED FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°, reliure d'amateur, peau pleine, tête dorée ... 10 »

Cure radicale des hernies, *avec une étude statistique de 275 opérations et 50 figures intercalées dans le texte*, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Chirurgie, président de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences) (prix Monthyon). 1 vol. in-8°, broché, de 724 pages ... 12 »

Massage et mobilisation dans les fractures, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Chirurgie. 1 vol. in-8°. — *Sous presse*.

Le massage, *manuel théorique et pratique*, par le Dr GEORGES BERNE, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté, avec 152 figures dans le texte. 1 vol. reliure d'amateur, peau pleine, tête dorée ... 5 »

Formulaire moderne, *traitements, ordonnances, médicaments nouveaux*, par le Dr VAUCAIRE, préface du D^r CH. TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon. 2e édit., revue et complètement mise à jour. 1 vol. in-18 ... 4 »

Petit formulaire de poche, par MM. VICARIO, WEBER et BLIND. — *Sous presse*.

Formulaire pratique de l'hypodermie, par les Drs CANCALON et MAURANGE. 1 vol. reliure amateur, peau pleine, tête dorée ... 3 »

CORBEIL. — IMPRIMERIE CRÉTÉ DE L'ARBRE.

